This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

FIG. 8

S. R. C.

S. R. C.

REVUE PRATIQUE
D'OBSTÉTRIQUE
ET DE PÆDIATRIE

TOME VI

BOSTON MEDICAL
JUL 29 1912
LIBRARY.

REVUE PRATIQUE
D'OBSTÉTRIQUE
ET
DE PÆDIATRIE

FONDÉE ET PUBLIÉE PAR MM.

Henri VARNIER ET **Paul LE GENDRE**

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
et de la Maternité de Lariboisière
Chef de clinique d'accouchements à la Faculté

Médecin des Hôpitaux de Paris
Ancien chef de Clinique adjoint de la Faculté
pour les maladies des Enfants

TOME VI

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2
1893

BOSTON MEDICAL
JUL 29 1912
LIBRARY.

CATALOGUED
OCT 23 1912
J. F. B.

REVUE PRATIQUE
D'OBSTÉTRIQUE
ET DE PÆDIATRIE

SURGEON MEDICAL
OCT 23 1912
LIBRARY

Janvier 1893

SOMMAIRE :

De la délivrance dans l'avortement (*suite*), par H. VARNIER. 1
Traitement des néphrites aiguës, par P. LE GENDRE. . . . 14
L'albuminurie chez les enfants, par P. LE GENDRE. 20
Les bains froids dans la broncho-pneumonie des enfants, par P. LE GENDRE 27
Traitement des adénopathies trachéo-bronchiques, par P. LE GENDRE. 31

DE LA DÉLIVRANCE DANS L'AVORTEMENT
(*Suite.*) (1)

A côté de la délivrance artificielle immédiate nécessitée par l'hémorrhagie, il est une autre indication à laquelle M. Pinard attache une importance particulière.

Lorsque le fœtus est mort et macéré, que le travail d'expulsion à traîné en longueur, les membranes étant rompues depuis longtemps, on peut, immédiatement après l'expulsion du fœtus, constater une élévation de la température (38°, 38°,5 et plus). En pareil cas l'élévation de la température, à défaut de signes plus nets, révèle la putréfaction commençante de l'arrière-faix : il faut, ici comme à terme, faire la délivrance artificielle immédiate, sous

(1) Voyez *Revue pratique*, décembre 1892.

peine de voir les accidents revêtir rapidement un caractère de haute gravité. Nous serions même disposé à étendre cette indication à tous les cas où le fœtus est mort et macéré, en dehors même de toute élévation de température, car notre statistique prouve que c'est surtout cette variété d'avortement qui, lorsqu'elle se complique de rétention placentaire, est suivie de septicémie.

Mauriceau en avait dès longtemps fait la remarque, ainsi qu'en témoigne son observation CCVIII.

Observation VIII (Mauriceau)

Le 9 novembre 1677, j'ai délivré une femme qui était avortée depuis deux heures, d'un enfant de 5 ou 6 mois, mort en son ventre depuis plusieurs jours, à laquelle la sage-femme qui était présente à son avortement, n'avait pas pu, faute d'industrie, tirer l'arrière-faix qu'elle lui avait laissé tout en morceaux dans la matrice, croyant que la nature en ferait bien l'expulsion, *mais le degré de la corruption de l'enfant qui pouvait avoir déjà fait une mauvaise impression à la matrice,* m'ayant fait connaître qu'il aurait été dangereux d'y laisser séjourner davantage ce corps étrange, je l'en délivrai sur l'heure, sans aucune violence, préférant l'opération de la main aux drogues que la sage-femme voulait lui faire prendre par la bouche, pour le lui faire vider d'elle-même, à ce qu'elle prétendait, dont l'événement n'aurait peut-être pas correspondu à l'espérance qu'elle en avait.

C'est pour répondre à cette indication que dans deux de nos observations la délivrance artificielle fut pratiquée immédiatement après l'expulsion du fœtus putréfié.

Observation IX

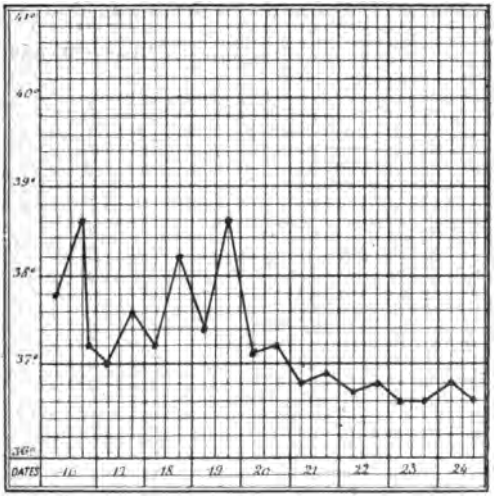
Ro..., 33 ans, bonnetière.

Réglée à 16 ans, régulièrement.

7 grossesses antérieures : 6 accouchements à terme et 1 fausse couche de 3 mois 1/2. Dernières règles, fin mars 1891.

Entrée le 16 août 1891 à la clinique Baudelocque. Depuis le 23 juin, cette femme perd du sang tous les jours en quantité variable.

Premières douleurs : 14 août. Expulsion le 15, d'un fœtus mort. Avortement fait en ville. A son entrée, on sent une



partie du placenta dans le vagin et l'autre partie adhérente dans l'utérus dont l'orifice est dilatable. Mlle Roze décolle le placenta avec deux doigts.

A l'entrée de la malade dans le service, T. 37°,8 montant rapidement à 38°,6. On soumet à l'irrigation du 18 au 20 août.

La température descend à 37°,2. Guérison.

Observation X

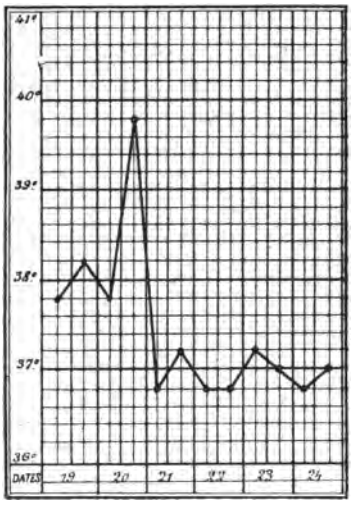
R..., Maria, 28 ans, femme de chambre. Entrée à la salle de travail le 6 juin, à 6 h. du matin.

Réglée à 13 ans, régulièrement. Syphilis en 1888, soignée à l'hôpital Pascal.

III pare. 1er avortement de 6 semaines en 1886. 2e fausse couche de 6 mois en 1890. Enfant mort. Père différent pour chaque grossesse.

D. R. 15 novembre 1891.

Mouvements actifs en mars. Hauteur de l'utérus, 20 cent. Grossesse de 6 mois 1/2. Début du travail, 5 juin 1892. Dilatation complète à 7 h.; fœtus macéré expulsé, enveloppé dans l'amnios. Expulsion à 7 h. 5 le 6 juin. Durée du travail, 7 h. 5.



Courbe de l'observation XI.

A 11 h. du matin, le placenta ne s'engageant pas et l'orifice revenant sur lui-même, Mlle Roze pratique la délivrance

artificielle. Adhérence du placenta à la face antérieure de l'utérus. Injection intra-utérine.

Enfant mort et macéré. Poids du placenta: 380 grammes.

Rétention de la caduque et du chorion.

Suites de couches. T. oscillant autour de 37°. Guérison.

Toujours pour la même raison (putréfaction commençante), il peut être indiqué de pratiquer la délivrance artificielle, ou mieux l'extraction de l'œuf, avant même l'expulsion du fœtus macéré alors que les membranes étant rompues et le travail traînant en longueur, la température s'élève, c'est ce que j'ai fait faire à mon ami Wallich dans le cas suivant :

Observation XI

C..., Anne-Marie, 30 ans, domestique.

Réglée à 14 ans. I pare. D. R. du 15 au 20 mai. Terme : 4 mois.

Légère hémorrhagie du 17 au 18 septembre. Pas d'albumine.

Femme arrivée du dehors le 18 septembre à 10 h. du matin, perdant du sang depuis la veille. Pas de bruits du cœur fœtal. Orifice utérin dilaté comme 50 centimes ; les membranes sont rompues. T. 38°. Reste en observation.

Le 20 *septembre*, la température continuant à s'élever, on transporte la parturiente à l'isolement et M. Wallich pratique à 5 h. du soir l'extraction du fœtus et des annexes, sous le chloroforme. Durée du travail : 75 h. Fœtus mort et putréfié, 120 gr.

Placenta : 60 gr.

Sortie guérie. (Voyez la courbe page 4.)

Hormis ces cas qui, on le voit, sont absolument excep-

tionnels, nous abandonnons à la nature, dans les premières 24 heures, le soin d'expulser le placenta.

Alors même qu'il y a *antisrétention proprement dite,* c'est-à-dire après la limite arbitraire de 24 heures que nous avons fixée, nous faisons de même à moins que ne se produisent les **accidents de la rétention** que nous allons maintenant étudier.

Quels peuvent être ces accidents ? Quelle est leur fréquence ? Dans quelles conditions se produisent-ils ?

De tous les accidents qui peuvent compliquer la rétention placentaire, la vraie, la septicémie (et nous comprenons sous ce terme générique tous les phénomènes résultant de l'infection du contenu utérin) est le plus fréquent.

Sur les 352 cas où, en même temps que la physionomie de la délivrance, la physionomie des suites de couches a été notée (et elle l'a toujours été pour les cas pathologiques) j'en trouve 33 où il y a eu rétention proprement dite.

De ces 33 femmes 8 (1) ont eu des suites de couches pathologiques sans toutefois que l'ascension de la température, caractéristique de l'infection, ait été assez tenace pour être menaçante. Dans aucun de ces cas la délivrance artificielle n'a été faite, les injections intra-utérines ou, à leur défaut, l'irrigation prolongée pendant quelques heures ayant suffi à enrayer les accidents.

C'est la forme d'infection démontrée légère par le résultat final mais dont il est impossible au début de prévoir l'issue. Si le traitement s'est borné à ce que nous venons de dire,

(1) Ces 8 femmes sont parmi les 16 signalées p. 359 et 360 au paragraphe délivrance spontanée. — Les 17 dont il va être question ci-dessous forment une catégorie à part : rétention compliquée de septicémie caractérisée.

c'est que très rapidement, en 12 ou 24 heures, on a obtenu par les moyens simples qu'il comporte la cessation des accidents, c'est-à-dire le retour de la température à la normale, retour coïncidant ou non avec l'expulsion de l'arrière-faix. Je reviendrai sur cette question du pronostic étroitement lié à l'effet thérapeutique.

Dans 17 autres cas il y eut sépticémie plus caractérisée, c'est-à-dire que le traitement simple n'a pas suffi à enrayer les accidents, et qu'il a fallu recourir à une thérapeutique plus active.

Ici deux lignes de conduite peuvent être suivies.

Ou bien, confiant dans l'action désinfectante des injections intra-utérines, on continue le traitement intra-utérin antiseptique par les lavages, s'abstenant systématiquement de faire la délivrance artificielle, attendant de l'action utérine seule, plus ou moins excitée par la haute température du liquide injecté, le décollement et l'expulsion du placenta ; ou bien, on pratique d'emblée le curettage utérin pour ne recourir aux lavages que si les accidents persistent après l'évacuation de l'utérus.

L'une et l'autre pratique ont été suivies dans les cas qui nous occupent.

Comparons les résultats.

Le **traitement par les injections** a été fait de deux façons.

Tout d'abord, au début de 1885, la méthode des *injections intra-utérines simples intermittentes*, répétées au minimum 2 ou 3 fois par jour, a été seule suivie par nous. Je ferai remarquer qu'à l'époque dont je parle, c'était là la

méthode classique, celle que préconisaient encore, en 1886, MM. Tarnier et Budin dans le tome II de leur Traité de l'art des accouchements.

« S'il existe, disaient-ils, des phénomènes de septicémie, soit parce qu'on n'a pris aucune précaution antiseptique, soit parce que des tentatives infructueuses ont été faites pour extraire l'arrière-faix, ce qui en général favorise beaucoup l'apparition des accidents, quelle conduite doit-on tenir ? Le placenta peut être accessible au toucher ou au contraire se trouver emprisonné dans la cavité utérine.

« Faut-il introduire le doigt ou des instruments? Faut-il, au besoin, pratiquer la délivrance artificielle, l'écouvillonnage, le grattage avec des curettes mousses ou coupantes ? On comprend facilement qu'un certain nombre d'accoucheurs aient le désir d'intervenir, ils veulent enlever au plus vite et à tout prix le corps du délit, la source de l'infection.

« Mais toutes les objections que nous avons faites plus haut aux différents procédés opératoires persistent; il s'en faut, en outre, que toutes les femmes atteintes d'empoisonnement septique et traitées de la sorte aient guéri.

« Voici, pour notre compte, comment nous procédons :

« S'il existe des phénomènes de septicémie au début, nous faisons pratiquer des injections vaginales antiseptiques très fréquentes, toutes les deux heures et même toutes les heures en commençant. Elles suffisent le plus souvent et les accidents cessent totalement. On continue les injections antiseptiques en les renouvelant moins souvent, et le

placenta sort, soit en bloc, soit par élimination insensible.

« Si, lorsqu'on est appelé, les symptômes d'infection sont plus graves, ou si les accidents ne cèdent pas rapidement aux injections vaginales sérieusement faites, on doit recourir aux injections antiseptiques intra-utérines ; on emploiera la solution de sublimé à 1 pour 3000, la solution d'acide phénique à 2 pour 100, etc. Le liquide pourra être porté à la température de 48 à 50°, lorsqu'il existera en même temps un écoulement sanguin.

« Les injections intra-utérines sont renouvelées plus ou moins fréquemment suivant l'état de la femme ; dans les intervalles de temps où elles sont faites, on continue les injections vaginales.

« En agissant de la sorte, on rend probablement aseptique la cavité utérine et on obtient ce résultat assez rapidement, car les lochies cessent d'être fétides et la fièvre tombe. Serait-il possible, du reste, d'expliquer autrement certains faits qui ont été rapportés où, après l'emploi de la curette et des antiseptiques, des débris de placenta, des débris de fœtus restés dans la cavité utérine ont été expulsés plus tard spontanément sans avoir donné lieu à aucun phénomène d'infection ?

« En terminant, nous répéterons encore que dans l'avortement, malgré tous les conseils d'intervention qui ont été donnés, il faut savoir attendre patiemment. Dans les cas simples on se borne à faire de l'antisepsie.

« *Dans les cas graves les injections antiseptiques réussissent*

contre l'infection; si l'antisepsie vaginale, si l'antisepsie utérine sont bien faites, elles suffisent sans qu'on soit obligé d'avoir recours aux interventions manuelles et instrumentales qui ne sont pas inoffensives et sont loin d'être infaillibles.

« Avec l'expectation et l'antisepsie rigoureusement faite, *sans aucune tentative d'extraction manuelle ou instrumentale*, les cas de mort seront extrêmement rares ; nous ne craignons pas de l'affirmer avec force, tant est grande notre expérience personnelle sur ce sujet, expérience de l'hôpital et de la pratique civile. Ajoutons que cette méthode, *expectation et antisepsie*, peut être facilement mise en pratique par tous les médecins et toutes les sages-femmes, ce qui n'est pas un médiocre avantage. »

On voit donc que le traitement par les injections intra-utérines intermittentes était encore, en 1886, le traitement classique des cas graves d'infection dus à la rétention placentaire.

Pourtant nous l'avions, M. Pinard et moi, abandonné dès 1885, en présence des résultats déplorables qu'il avait donnés.

De 1883 à avril 1885, on avait eu à traiter deux cas d'infection grave par rétention placentaire consécutive à l'avortement.

C'est peu si l'on compare cette période à celles qui vont suivre. Mais il faut remarquer ici que, pendant ces deux années, la statistique ne comprend qu'un nombre insignifiant de cas de rétention placentaire, qu'étaient seules admises dans le service les femmes qui n'avaient pas

encore expulsé leur fœtus, que les autres étaient dirigées par l'administration hospitalière sur les services de gynécologie ou de médecine.

Ceci posé, qu'est-il advenu de ces deux cas, traités tous les deux par l'expectation et les injections antiseptiques ?

La première femme (année 1883) mourut de septicémie. Il s'agissait d'une rétention placentaire consécutive à un avortement de 3 mois.

La seconde, que j'ai vue au commencement de mon internat chez M. Pinard (en 1885), mourut également de septicémie. Voici son observation qui, en dehors d'autres considérations développées ailleurs, nous a poussés à modifier la pratique jusque-là suivie dans le service.

Observation XII

C..., 28 ans, brodeuse, entre le 15 avril 1885 à l'hôpital Lariboisière, salle Ste-Anne, chambre d'isolement n° 3, pour des hémorrhagies consécutives à un avortement de 3 mois, *fait*, dit-elle, *le matin en ville*, dans des conditions qu'elle n'a pas voulu préciser. État général mauvais, teint terreux ; pouls rapide et petit. Température normale. Le vagin est rempli de caillots exhalant une odeur fétide. Nous instituons immédiatement le traitement antiseptique habituel. Le 3e jour au matin survient un grand frisson, la température atteint 39°,6. Malgré des irrigations intra-utérines faites pendant une 1/2 heure toutes les 3 heures, la température monte le soir à 41°. Les jours suivants, en dépit du même traitement, la température se maintient à 40°, puis,

après une série d'oscillations, entre 38° et 40°, sans grands frissons. C... meurt de pyohémie le 10e jour, et l'autopsie montre le placenta retenu dans l'utérus.

Il fut décidé, à partir de ce moment, en présence de l'insuffisance des injections intra-utérines intermittentes, que la rétention placentaire consécutive à l'avortement serait, *dans les cas analogues aux deux précédents*, traitée par l'*irrigation continue antiseptique* qui nous avait donné déjà et qui a continué à donner depuis d'excellents résultats dans le traitement de la septicémie puerpérale sans rétention placentaire. De plus, le service reçut les femmes ayant commencé ou terminé leur avortement en ville.

Cette seconde période va d'avril 1885 à janvier 1888.

Pendant ce temps 3 femmes furent traitées de cette façon ; le résultat fut aussi mauvais ainsi qu'on en peut juger par le résumé des observations :

Observation XIII. — Année 1885.

Marie S..., 21 ans, primipare. Avortement de 3 mois, chez elle, le 18 octobre 1885. Rétention du placenta. Entrée à l'hôpital à 1 heure du matin, le 19. Traitement : injections vaginales toutes les 2 heures, 3 injections intra-utérines par jour. Néanmoins la température reste entre 38° et 39°, et le soir du 3e jour survient un grand frisson. T. axillaire 39°,7. P. 160. R. 60. Pleuro-péricardite.

S... est immédiatement soumise à l'irrigation intra-utérine continue. En 30 heures la température retombe à la nor-

male et y reste pendant 4 jours. (Le 2e jour, expulsion du placenta, qui est sans odeur.) Les phénomènes locaux et généraux s'atténuent progressivement. On cesse l'irrigation. Le soir, une embolie de la fémorale gauche se produit en même temps que se manifestent les symptômes d'une thrombose cardio-pulmonaire. Mort le 5e jour au matin dans un accès d'orthopnée.

Autopsie : 2 caillots dans le cœur droit et le cœur gauche; le fragment qui s'est détaché de ce dernier s'est arrêté à la bifurcation de la fémorale. La cavité utérine, les vaisseaux et les annexes de l'utérus paraissent sains.

Réflexions. — Les phénomènes d'infection survenus chez cette femme sont dus probablement encore au défaut d'antisepsie pendant l'avortement qui s'était produit en ville.

Le traitement employé à la Maternité a suffi à amener l'expulsion du placenta au bout de 48 heures, mais n'a point suffi pendant ce temps à enrayer l'infection dont relèvent la pleuro-péricardite et les accidents terminaux.

Observation XIV. — Année 1886.

X..., couturière.

IIpare, 1er accouchement normal. 2e grossesse de 5 mois. Début du travail 3 jours avant son entrée dans le service. Rupture des membranes prématurée, en ville, 4 jours avant l'expulsion fœtale. Femme amenée en brancard, un pied du fœtus étant dans le vagin. Expulsion, le lendemain de son arrivée, d'un enfant mort du poids de 600 grammes. Cette femme fut soumise à l'irrigation continue aussitôt après l'avortement.

Délivrance spontanée 4 jours après l'expulsion du fœtus. Morte d'infection purulente le 8e jour, le 18 juin 1886.

Réflexions. — L'infection est due à l'absence de soins antiseptiques au début de l'avortement, fait en partie en ville ; notez l'impuissance de l'irrigation à enrayer les accidents.

La rupture des membranes avait été prématurée et le fœtus était mort.

Observation XV. — Année 1886.

VIIpare : les 6 premiers accouchements normaux.

Avortement de 5 mois. Grossesse gémellaire. Expulsion d'un fœtus mort pesant 300 grammes. Rétention du placenta et du 2e œuf qui est expulsé en entier le 28 juin, 2 jours après, avec le premier placenta.

Irrigation continue. Morte d'infection le 5e jour.

Réflexions. — Notons encore la mort des fœtus avant leur expulsion; les phénomènes d'infection dus à la rétention du premier placenta et l'impuissance de l'irrigation à arrêter la marche de la septicémie.

(*A suivre.*) H. Varnier.

TRAITEMENT DES NÉPHRITES AIGUES

Si tous les médecins pratiquaient régulièrement et systématiquement l'analyse des urines chez les enfants à

l'occasion de tous les troubles de la santé pour lesquels ils sont consultés, ils constateraient que les néphrites aiguës sont chez eux beaucoup plus fréquentes qu'on ne l'admet en général.

En laissant de côté les fièvres éruptives, qui sont mal famées au point de vue de la provocation de l'albuminurie, comme la scarlatine à laquelle tout le monde pense, la rougeole qu'on suspecte moins, l'érysipèle qui détermine si souvent une détermination rénale passagère, les oreillons, la varicelle, qui la causent exceptionnellement, il faut songer à la fièvre typhoïde, à la grippe, à la diphtérie parmi les infections classées; il faut surtout ne pas méconnaître les infections mal classées comme les fièvres amygdaliennes (à streptocoques, staphylocoques ou pneumocoques) et les broncho-pneumonies.

Cette fréquence des déterminations infectieuses sur les reins devait être rappelée au point de vue de la thérapeutique à instituer ; car ce ne sont pas seulement les néphrites à grand fracas, se signalant par l'hématurie ou l'anurie, l'anasarque et l'éclampsie ou le coma, qui doivent être soignées. Ce sont aussi celles qui évoluent silencieusement ou à petit bruit (céphalée vague, amblyopie fugace, oligurie et albuminurie), mais qui n'en compromettent pas moins gravement parfois l'avenir rénal des malades.

Dépistées et soignées d'une façon convenable, ces néphrites sournoises aboutiraient à la restauration intégrale de l'appareil sécréteur de l'urine, tandis que, contrariées dans leur tendance naturelle à la guérison par

de défectueuses conditions alimentaires ou hygiéniques, elles sont trop souvent l'origine d'un brightisme plus ou moins éloigné, mais fatalement progressif.

Nous ne saurions donc trop rappeler qu'*il faut toujours analyser les urines au moins deux fois à l'occasion de toute maladie* chez un enfant, c'est-à-dire *au début* et *après la guérison* apparente.

En outre, on doit rappeler aux familles dont on a la surveillance habituelle que *les urines des sujets les mieux portants doivent être examinées deux fois par an.* Ce sont là des habitudes qu'il faut faire entrer dans les mœurs, comme la visite bisannuelle des dents même non douloureuses.

L'examen des urines au point de vue de la recherche de la néphrite ne comporte pas seulement celle de l'albumine. Dans les maladies susceptibles de s'accompagner de néphrite, et surtout lorsqu'on a décelé l'albuminurie, il faut faire recueillir la totalité des urines de chaque période de 24 heures et la faire noter *par écrit*, afin d'en suivre les oscillations quantitatives et d'être averti par leur diminution de la nécessité d'en doser l'urée. Dans certains cas il peut être utile d'en déterminer la toxicité par l'injection intra-veineuse dans l'oreille du lapin.

Le déterminisme des accidents consécutifs à l'établissement d'une néphrite aiguë est désormais assez bien connu pour qu'il soit possible d'en faire la thérapeutique pathogénique.

Il faut obtenir que la sécrétion rénale s'opère aussi

largement que possible; or celle-ci diminue quand il y a congestion ou œdème du parenchyme rénal; à ces afflux ou stases humorales on oppose utilement la *révulsion* sur la région lombaire (cataplasmes sinapisés, ventouses sèches) et la dérivation par les émissions sanguines locales (ventouses scarifiées ou sangsues).

Il faut faire traverser les glomérules par un courant exosmotique abondant : l'introduction d'eau dans la circulation générale en est le principal moyen. La manière la plus simple est l'usage des *boissons diurétiques*, dont la première est le lait, qui présente encore l'avantage inestimable d'introduire dans l'organisme le minimum de poison alimentaire, comme nous le rappellerons plus loin. Mais ces boissons, ce lait doivent être pris en faibles quantités à la fois, fréquemment répétées et à intervalles réguliers pour en assurer la digestion.

Le second moyen excellent est l'usage de plusieurs *lavements* quotidiens d'eau bouillie, puis refroidie, abondants, administrés avec lenteur à l'enfant couché sur le dos, les cuisses fléchies.

Dans les cas d'anurie on est autorisé à recourir à l'introduction intraveineuse d'eau salée au titre du sérum physiologique, 5 p. 1000, comme dans le choléra.

La diurèse peut encore être provoquée par des médicaments, d'abord ceux qui augmentent la tension artérielle et l'impulsion cardiaque, la digitale et la caféine ; mais il ne faut pas oublier que ces médicaments doivent être maniés de façons différentes.

Avec la *digitale* on donne un à-coup intermittent, c'est à-dire qu'on l'administre pendant deux à trois jours consécutifs; puis on la suspend. On ne doit pas craindre de donner d'emblée une dose assez élevée; le succès est à ce prix.

La *caféine* est employée ensuite, s'il y a lieu, et de préférence en injections hypodermiques.

Il convient d'avoir une confiance infiniment moindre dans les autres médicaments réputés diurétiques : nitrate et acétate de potasse.

La toxicité incontestable des sels de potasse doit d'ailleurs rendre fort réservé dans leur emploi quand on sait le rein peu perméable.

Il ne faut pas seulement activer par la diurèse l'élimination des poisons ; il faut diminuer autant que possible leur introduction par la voie alimentaire, leur production dans le tube digestif par suite des fermentations microbiennes, leur expulsion au dehors de l'organisme par les émonctoires autres que le rein, leur destruction par le foie et les tissus eux-mêmes.

Le *régime lacté* représente l'alimentation la moins riche en poisons.

L'*antisepsie intestinale* à l'aide des antiseptiques insolubles rend d'incontestables services et, mieux que les naphtols β et α, difficiles à faire avaler aux enfants, nous conseillons le benzoate de naphtol, qui, dédoublé dans l'intestin, y laisse le naphtol, tandis que l'acide benzoïque, se conjuguant au glycocolle, s'élimine à l'état d'acide

hippurique par les reins. Nous écartons les salicylates de bismuth, de naphtol (bétol), de phénol (salol), pour ne pas faire éliminer par le rein d'acide salicylique ou phénique.

Pour expulser les poisons qui pourraient être résorbés dans l'intestin, et pour éliminer une partie de ceux que le sang charrie en faisant pleuvoir du sérum dans l'intestin, nous devons nous adresser aux *purgatifs*. Les drastiques, le jalap et la scammonée, les sels neutres (sulfate de soude, de magnésie) sont les meilleurs. On y aura recours plusieurs fois, à peu de jours d'intervalle. Toutefois on n'en fera pas abus, on évitera la superpurgation qui restreint la diurèse plus précieuse de beaucoup. Pour la même raison on se défiera des sudorifiques (jaborandi, bains de vapeur, etc.) comme agents d'élimination des poisons parce qu'ils diminuent proportionnellement la diurèse; on se rappellera que l'urine emporte plus de poison que les matières fécales et la sueur.

On ne négligera pas cependant d'activer les fonctions de la peau par les *frictions* sèches.

Pour activer la destruction des poisons par le foie, on comptera un peu sur l'action des sels neutres qui excitent les fonctions du foie, notamment la sécrétion biliaire, antiseptique intestinal physiologique, par l'administration d'une certaine quantité de sucre (le lait en contient) indispensable à la cellule hépatique pour qu'elle détruise les poisons.

Pour favoriser les oxydations interstitielles dans les tissus, qui diminuent la formation des poisons d'origine vitale ou détruisent ceux qui circulent dans le sang, les *inhalations d'oxygène* ne doivent pas être dédaignées.

Enfin dans les cas d'accidents urémiques intenses, tels que l'éclampsie ou le coma, la *saignée générale* rend, de l'aveu unanime, les services les plus éminents, et d'une phlébotomie faite à propos dépend souvent la vie d'un enfant atteint d'une de ces glomérulo-néphrites aiguës dont le type est la scarlatineuse. Car il faut se rappeler ce que dit Bouchard : une saignée de 32 grammes enlève au sang autant de matières extractives que 820 grammes de liquide diarrhéique et que 100 litres de sueur.

P. Le Gendre.

L'ALBUMINURIE CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

La recherche de l'albumine dans les urines chez l'enfant est dans la pratique trop souvent négligée. Il est vrai qu'il est difficile de recueillir l'urine des enfants très jeunes. On y arrive pourtant en installant un petit sac en baudruche au-devant du méat.

Multiples sont les conditions dans lesquelles on constate l'albuminurie chez l'enfant.

Albuminurie chez le nouveau-né. — Signalée par Virchow et Dorn les premiers, qui la considéraient comme engendrée par la durée du travail, parce qu'ils l'ont rencontrée au moment de la naissance 38 fois sur 100 après les accouchements normaux, et 43 fois sur 100 après les accouchements laborieux, elle n'existerait qu'une fois sur 17, suivant Martin et Ruge, et M. A. Robin ne l'a pas trouvée sur 60 sujets examinés.

Cette albuminurie est légère, elle s'accompagne pourtant de la présence de cylindres hyalins, de débris épithéliaux et d'urates dans le sédiment.

L'albumine n'apparaît quelquefois que le deuxième ou le troisième jour; elle ne dure guère plus de huit à dix jours et, comme elle existe chez des enfants dont l'état général est d'ailleurs satisfaisant et qui augmentent de poids, elle est considérée comme physiologique par Senator. Elle serait, suivant Ribbert, la continuation d'un phénomène de transsudation albumineuse entre la capsule de Bowman et le glomérule, qui existe chez l'embryon. Cependant il est plus logique d'admettre avec Lecorché et Talamon qu'elle est vraiment pathologique, puisqu'elle reconnaît le mécanisme des albuminuries par troubles vasculaires, par stase veineuse : le nouveau-né, dont la circulation subit brusquement des changements profonds dans les territoires pulmonaire et hépatique, a un équilibre vasculaire instable, qui explique les engorgements capillaires dans certains territoires, les thromboses veineuses diverses (Parrot et Hutinel), l'augmentation de pression dans l'artère rénale (Cohnheim, Zuntz), les infarctus sanguins dans les canalicules urinifères (tubulhématie de Parrot) et l'albuminurie ; celle-ci est d'ailleurs favorisée par une sorte de mue épithéliale, de desquamation passagère du revêtement encore trop peu résistant des glomérules.

Cette albuminurie des nouveau-nés ne comporte guère plus d'indications thérapeutiques que l'ictère simple du

même âge. On se préoccupera seulement d'éviter avec plus de soin encore aux nouveau-nés albuminuriques les excitations cutanées, surtout celle du froid, et l'irritation du tube digestif; on conduira leur allaitement avec la plus grande prudence. Il ne sera pas mauvais de leur donner une irrigation intestinale quotidienne avec de l'eau bouillie pour augmenter légèrement la diurèse, et hâter ainsi l'évacuation des canalicules urinifères encombrés de débris épithéliaux et de sable uratique.

Albuminurie des enfants. — Les différents auteurs qui ont cherché l'albumine chez les enfants bien portants, sont arrivés à des résultats assez différents suivant le réactif qu'ils ont employé : Furbringer, 11,47 0/0 avec le ferrocyanure de potassium et l'acide acétique; — H. Leroux, à l'hôpital des Enfants-Assistés, avec l'acide nitrique, l'acide picrique, la chaleur et l'acide acétique, 5,75 0/0; — Capitan et Châteaubourg, avec le plus sensible de tous les réactifs, celui de Tanret, 76 et 80 0/0. Ce dernier chiffre paraît beaucoup exagéré et la moitié au moins des urines considérées comme albumineuses par Châteaubourg ne contenaient probablement que de la mucine. On doit se contenter d'admettre que chez les enfants de 2 à 15 ans, dans des conditions particulières, l'albuminurie n'est pas rare et qu'on l'observe de 6 à 40 fois sur 100. Mais les enfants chez lesquels la recherche a été faite, appartenaient à des hospices d'enfants assistés, qui, même lorsqu'ils sont exempts de maladies nettement caractérisées, sont presque tous soumis à des perturbations de la santé. Lecorché et

Talamon, qui font cette judicieuse critique, citent avec raison les troubles gastro-intestinaux, les diarrhées, les bronchites, les angines, les stomatites, l'impétigo du cuir chevelu, l'eczéma comme ces misères de la pathologie infantile qui suffisent à déterminer de l'albuminurie chez des enfants des hospices.

Albuminurie des adolescents. — En 1873, W. Gull attirait l'attention sur la fréquence de l'albuminurie chez des jeunes gens de 16 à 22 ans, surtout ceux qui sont débiles et anémiques, et il attribuait le phénomène à une atonie nervo-vasculaire. Il considérait cette albuminurie comme presque aussi fréquente que la spermatorrhée ; c'était, à ses yeux, un incident physiologique lié à la croissance et à la puberté.

La question de l'albuminurie des adolescents, étudiée beaucoup dans ces dernières années sous les noms d'*intermittente* (Rooke, Dukes, Moxon), *cyclique* (Pavy), *fonctionnelle* (Raalfe), *passagère* (Kinnicutt), n'est pas tranchée. Aux observateurs qui l'ont considérée comme presque physiologique il faut opposer Lecorché et Talamon qui n'y voient que des exemples d'albuminurie pathologique chez des sujets ayant été soumis aux causes diverses capables de faire apparaître l'albumine, troubles dyspeptiques, néphrite d'origine scarlatineuse, amygdalienne.

Les raisons données pour appuyer la nature non pathologique de cette albuminurie par les précédents observateurs, sa disparition temporaire par le repos au lit, son augmentation par l'exercice et la fatigue musculaire, sa dis-

parition même définitive après 18 mois ou deux ans ne paraissent pas démonstratives à Lecorché et Talamon, parce que ces variations et ces intermittences se voient aussi dans les affections organiques du rein. Pour ces auteurs l'albuminurie intermittente des adolescents est toujours la traduction d'une altération, si légère qu'on la suppose, du parenchyme rénal, « lésion curable peut-être d'une manière définitive, mais capable aussi d'aboutir à une maladie de Bright véritable, nécessitant par conséquent une attention sérieuse et un traitement persévérant, en raison des conséquences graves qu'abandonnée à elle-même elle pourrait entraîner ».

Il découle de tout cela que la recherche de l'albuminurie s'impose chez tous les enfants ou adolescents, même en dehors de l'existence des maladies aiguës ou des symptômes éclatants qui décèlent les néphrites, toutes les fois qu'un enfant ou un adolescent offre quelque trouble inexpliqué de sa santé, du genre des suivants : céphalée permanente gravative ou périodique et migrainiforme, fatigue insolite, dégoût des distractions autant que du travail, pâleur et légère bouffissure des paupières, amaigrissement, insomnie, palpitations et essoufflement, affaiblissement de la vue, anorexie et troubles digestifs, surtout vomissements ou diarrhée. A coup sûr chacun de ces symptômes pris isolément est d'une absolue banalité et il n'est pas de maladie qu'il ne puisse accompagner; plusieurs même d'entre eux peuvent être réunis sans acquérir la signification d'un syndrome propre à l'albuminurie;

mais il arrivera qu'ayant examiné successivement tous les autres organes et appareils, sans y trouver l'explication de ces symptômes, on rencontre de l'albuminurie intermittente et il faudra bien reconnaître que ceux-ci sont liés à celle-là, surtout lorsqu'on verra plusieurs fois les uns et l'autre disparaître et reparaître simultanément.

Lorsqu'on trouve de l'albumine dans l'urine d'un enfant ou d'un adolescent, on doit d'abord en préciser les caractères. Malgré les critiques qui ont été dirigées contre la conception émise par M. Bouchard touchant la signification de la *rétractilité de l'albumine comme indice d'une néphrite*, j'ai tant de fois vérifié la réalité du fait que j'y attache la plus grande importance ; si, ayant soumis à la chaleur une urine dans laquelle l'acide a produit un précipité, je vois celui-ci se rétracter en une masse uniforme ou en un grand nombre de flocons suspendus dans l'urine redevenue limpide, j'incline à suspecter l'intégrité du rein et il faut bien dire qu'une enquête minutieuse sur le passé pathologique du sujet permet presque toujours de retrouver une des nombreuses maladies aiguës, subaiguës ou chroniques réputées capables de déterminer une néphrite.

Si le précipité albumineux reste uniformément diffus dans l'urine, je porte mes investigations du côté des appareils dont le mauvais fonctionnement est capable de *vicier la nutrition*, c'est-à-dire de communiquer au sérum sanguin une diffusibilité anormale, ou de modifier les conditions de la pression dans les capillaires des glomérules : le tube digestif, l'appareil circulatoire, — c'est-à-dire chez l'enfant, le cœur, puisque chez lui les artères ne sont

que bien exceptionnellement altérées, — le système nerveux. L'albuminurie intermittente cyclique ne comporte presque jamais l'albumine rétractile.

Il ne suffit pas d'avoir constaté une fois l'albuminurie, il faut examiner l'urine plusieurs fois à des heures différentes, celle qui est émise à jeun le matin, celle qui est excrétée pendant la digestion, après une marche ou un exercice gymnastique. Il faut doser la quantité de l'albumine, tenir compte de la quantité totale d'urine émise en 24 heures, doser l'urée, l'acide urique, les chlorures et les phosphates, enfin examiner au microscope les sédiments, s'il y en a, afin de rechercher les éléments épithéliaux et les cylindres.

Au point de vue thérapeutique il n'y a aucune indication générale à poser du fait seul de l'albuminurie, si on n'en a pas déterminé avec précision les conditions pathogéniques dans chaque cas donné. D'où cette première division de l'albuminurie constatée au cours d'un état fébrile ou avec apyrexie.

Les facteurs étiologiques infectieux des albuminuries avec fièvre, sont la scarlatine, la diphtérie, la rougeole, la varicelle, l'érysipèle, la fièvre typhoïde, la coqueluche, les oreillons et l'amygdalite. J'ai publié ici même un fait intéressant d'albuminurie à rechutes au cours d'une infection amygdalienne à rechutes.

Les intoxications, ainsi celles par l'acide phénique, la résorcine, le baume du Pérou (1) et les auto-intoxications

(1) M. P. HERRINGHAM. St-Barth. hosp. rep., XXVI, 1890, p. 25. On renal albuminurie in children.

principalement d'origine gastro-intestinale donnent lieu à des albuminuries apyrétiques. D'après Kjellberg, il existerait 67 fois de l'albuminurie chez 143 enfants atteints de troubles intestinaux. Les congestions hépathiques, les affections pulmonaires et cardiaques sont aussi des facteurs d'albuminurie apyrétique.

P. Le Gendre.

LES BAINS FROIDS DANS LA BRONCHO-PNEUMONIE DES ENFANTS

M. Hutinel a bien résumé la question des indications des bains froids dans les broncho-pneumonies. Il rappelle que Bartholin, il y a 200 ans, avait donné des bains froids dans les affections pulmonaires, mais que c'est depuis Vogel (de Berne, 1850), Nissen (d'Altona) ; et Weber (de Kiel), Jugensen, Liebermeister et Lebert (de Breslau) que la méthode des bains froids est entrée dans une ère scientifique.

En France, Thomas, en 1878, ne proposait que le bain à 30°. Labadie-Lagrave, en 1878, et Hanoven, 1880, mettaient beaucoup de réserves.

Il insiste sur les éléments constitutifs du danger. Localement ce sont : le rétrécissement du champ respiratoire, la gêne dans la circulation pulmonaire et par suite la dilatation du cœur droit avec ses conséquences, une entrave à l'expansion thoracique.

Les phénomènes généraux graves sont l'hyperthermie, l'accélération du pouls malgré laquelle la tension intravasculaire s'abaisse dans les artères et s'accroît dans les veines ; la diminution des sécrétions (urine, sueurs, salive, etc.) et par conséquent, l'insuffisante élimination des poisons fabriqués par les microbes et par la désassimilation.

Le cortège des phénomènes nerveux engendrés, les uns par la rétention des poisons, les autres par l'anoxémie sont l'adynamie ou l'agitation excessive, les convulsions.

Il y a souvent parallélisme entre l'étendue des désordres locaux et l'intensité des accidents généraux ; mais il n'en est pas toujours ainsi, et dans certains cas, malgré une lésion pulmonaire relativement restreinte, les phénomènes d'intoxication sont au maximum.

Or, c'est dans les cas où les phénomènes généraux sont très accentués que les bains froids sont le plus utiles.

S'il n'abaisse pas la température aussi vite et aussi fortement que certains antithermiques chimiques comme l'antipyrine, le bain froid a cette supériorité d'activer les sécrétions, d'augmenter la tension artérielle, tandis que l'antipyrine diminue les oxydations, ferme le rein, déprime la circulation.

Sur le système nerveux, le bain froid produit une énergique stimulation et, suivant l'état du malade, diminue sa dépression ou calme son agitation, fait cesser même les convulsions, si bien que l'enfant s'endort généralement après le bain froid d'un sommeil paisible.

Le premier effet du froid sur la peau étant une vaso-

constriction de tous ses capillaires, le reflux du sang vers les cavités cardiaques peut, quoique moins souvent chez l'enfant que chez l'adulte, provoquer une syncope. En pareil cas, on ferait immédiatement une flagellation énergique, une injection hypodermique d'éther ou la respiration artificielle en associant au procédé de Sylvester la traction rythmique de la langue suivant le procédé de Laborde.

A la vaso-constriction succède une vaso-dilatation qui fait que la peau devient rosée, puis rouge, et cette rubéfaction générale équivaut à la révulsion par le sinapisme. Comme l'a dit Jurgensen, Hutinel a constaté la diminution de la toux, de la dyspnée et même par l'auscultation après le bain une diminution des foyers de congestion.

Mais l'effet le plus frappant du bain froid, dans la broncho-pneumonie comme dans la fièvre typhoïde, c'est l'augmentation de la sécrétion urinaire, qui rend l'élimination des toxines plus rapide, des sécrétions salivaires et digestives, qui rend la langue humide et permet l'appétence et la digestion des boissons alimentaires.

L'indication type est la coexistence de phénomènes généraux très accentués (hyperthermie, dyspnée, agitation) avec des lésions locales peu étendues. Dans ces cas la température s'abaisse franchement, la respiration et le pouls se ralentissent, le calme renaît.

Mais, quand le poumon est hépatisé sur une grande étendue sans forte réaction fébrile, le bain froid ne donne pas de bons résultats. Peut-être favorise-t-il alors le col-

lapsus. Le mauvais fonctionnement du cœur est aussi une contre-indication.

Hutinel, sur 12 enfants traités par les bains froids a eu 5 morts, 7 guérisons, dont 5 au-dessous d'un an.

Il incline à penser que les bains froids réussissent mieux dans les broncho-pneumonies à pneumocoques dont les allures sont plus franches que dans celles à streptocoques qui sont plus longues, plus traînantes, font des désordres plus étendus ; il ne sait s'ils sont utiles dans les broncho-pneumonies coli-bacillaires. Quand la température atteint 41°, le bain froid est toujours indiqué.

La température du 1er bain est 28°, sa durée 5 à 10 minutes. On retire l'enfant dès qu'il frissonne.

Les bains suivants peuvent être de 24° à 18°, jamais au-dessous.

On fait des affusions froides sur la tête pendant le bain.

On enveloppe dans une couverture de laine, on donne du grog.

La température prise avant le bain est reprise une heure après, puis trois heures après. Si elle dépasse 39°, nouveau bain ; sinon, on attend et on reprend la température toutes les deux heures, redonnant un bain quand il y a 39°, à moins qu'il n'y ait ni agitation, ni dyspnée.

On peut donner jusqu'à 7 bains le premier jour, on diminue les jours suivants au fur et à mesure de l'amélioration.

M. Hutinel conseille comme adjuvants la quinine, la caféine et l'éther en injections sous-cutanées, l'alimentation

par le lait coupé, le bouillon, les boissons abondantes, le café, le cognac 15 à 30 gr. jusqu'à un an, 60 gr. jusqu'à 3 ans. P. Le Gendre.

TRAITEMENT DES ADÉNOPATHIES TRACHÉO-BRONCHIQUES

L'augmentation de volume des ganglions trachéo-bronchiques peut succéder à la plupart des maladies aiguës qui portent leur action sur la muqueuse des voies respiratoires, surtout la rougeole et la coqueluche. Mais pour que ce gonflement se produise avec une certaine intensité, pour qu'il s'établisse à l'état chronique il faut que le sujet soit lymphatique ou scrofuleux, ou bien que le catarrhe de la muqueuse bronchique ait pris lui-même la marche chronique. La tuberculose fournit aussi un fort contingent d'adénopathies, il y aurait même suivant certaines observations (Jules Simon) des adénopathies purement congestives et intermittentes à périodicité plus ou moins régulière sous l'influence de l'impaludisme larvé qui se montre de temps en temps dans des pays non malariques.

L'adénopathie bronchique est décelée soit par des troubles fonctionnels spéciaux de l'appareil respiratoire (toux coqueluchoïde, dyspnée paroxystique et pseudo-asthmatique, raucité de la voix, vomissements par accès, circulation veineuse collatérale de la région sterno-mamelonnaire) et par des phénomènes stéthoscopiques spéciaux, submatité ou matité derrière le manubrium sternal, et dans l'espace interscapulaire, abolition ou diminution du murmure respiratoire ou respiration soufflante dans une zone pulmonaire commandée par une bronche d'un certain calibre. Les indications thérapeutiques sont multiples.

Il faut soulager l'enfant pendant les accès de dyspnée ou

de toux : les révulsifs de tout ordre et plus particulièrement les applications de cataplasmes sinapisés, le marteau Mayor, les ventouses sèches.

A l'intérieur les calmants et anti-spasmodiques, bromures, morphine, surtout en injections sous-cutanées si l'enfant n'est déjà plus tout jeune et en procédant avec une extrême prudence. Il faut ensuite user des révulsifs d'action plus durable, badigeonnage iodé, pointes de feu, petits vésicatoires volants réitérés dans les régions sternales et interscapulaires. On cherchera ensuite à supprimer la cause permanente de tuméfaction ganglionnaire en traitant énergiquement l'affection primitive de l'appareil respiratoire, coqueluche, bronchite chronique (balsamiques, sulfureux, arsenicaux), la tuberculose (créosote) ; on modifiera le plus promptement possible le tempérament et la diathèse par l'hygiène et la médication (voir lymphatisme et scrofule).

Dans les cas où l'adénopathie est franchement chronique, le médicament le plus habituellement efficace est l'iode sous les deux formes, de teinture d'iode et d'iodures alcalins. On donnera la teinture d'iode dans du vin sucré ou d'Espagne ou dans du sirop d'écorces d'oranges en augmentant chaque jour d'une goutte de trois à vingt gouttes suivant l'âge des sujets. Les iodures de potassium ou de sodium seront donnés aux doses de 0,20 cent. à 2 et 3 grammes, toujours en même temps que les aliments pour prévenir l'irritation des voies digestives.

Enfin, dans les cas exceptionnels où il semblerait possible que l'impaludisme jouât un rôle on donnerait le chlorhydrate ou le sulfate de quinine pendant plusieurs jours de suite et plusieurs heures avant celle des accès de toux ou de dyspnée.

P. Le Gendre.

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

REVUE PRATIQUE
D'OBSTÉTRIQUE
ET DE PÆDIATRIE

Février 1893

SOMMAIRE :

De la délivrance dans l'avortement (*suite*), par H. VARNIER. 33
Du traitement immédiate des déchirures du périnée après l'accouchement, par le Dr WALLICH... 56

DE LA DÉLIVRANCE DANS L'AVORTEMENT
(*Suite.*) (1)

Pendant que la méthode des injections antiseptiques, intermittentes ou continues, nous donnait les mauvais résultats que j'ai exposés dans le numéro de janvier, *l'intervention manuelle combinée à l'irrigation continue* nous avait donné un succès pour une rétention placentaire compliquée de septicémie grave dans un avortement de 6 mois.

OBSERVATION XVI

La femme B..., 22 ans, cuisinière, entre le 25 mai à 7 heures du matin, chambre d'isolement, n° 4, à la Maternité de Lariboisière.

Primipare, elle a eu ses dernières règles le 8 novembre.

(1) Voyez *Revue pratique*, décembre 1892 et janvier 1893.

Sa grossesse est arrivée sans encombre au terme de 6 mois. Le 8 mai, sans cause apparente, elle est prise d'une hémorrhagie peu abondante qui s'arrête spontanément pour reparaître le 23 mai. Cette fois encore, la perte de sang fut minime et l'écoulement ne tarda pas à s'arrêter.

Le 25, à 4 heures du matin, nouvelle hémorrhagie plus persistante que les deux premières. En même temps apparaissent les douleurs. A sept heures du matin, le même jour, la femme se présente à l'hôpital. Elle continue à perdre du sang. Les douleurs sont fréquentes.

Au toucher, on trouve le col effacé, l'orifice dilaté comme une pièce de 1 franc.

On sent, au niveau de la moitié gauche de l'orifice, le bord du placenta ; au travers des membranes épaisses on arrive sur la tête qui ballote.

L'hémorrhagie continuant, on rompt artificiellement les membranes, et immédiatement l'écoulement sanguin cesse pour ne plus se reproduire,

A 3 heures du soir, le 25, expulsion spontanée, sans hémorrhagie, d'un enfant de sexe féminin qui meurt quelques instants après. Le travail avait duré onze heures.

L'utérus revient sur lui-même ; mais la délivrance ne se fait pas ; par le toucher on sent une petite portion du placenta engagée dans le col ; mais l'engagement ne fait aucun progrès sous l'influence des contractions utérines et des efforts de la femme. On exerce sur le cordon quelques tractions très légères qui restent inefficaces.

Injection intra-utérine antiseptique d'une demi-heure de durée toutes les heures. A 10 heures du soir, les choses sont dans le même état. L'interne et la sage-femme introduisent la main dans l'utérus et reconnaissent que le placenta est très adhérent.

M. Pinard, prévenu, prescrit de ne rien faire jusqu'au

lendemain, à moins qu'il ne survienne une hémorrhagie. Injections vaginales antiseptiques toutes les heures.

Le 26, au matin, température 37. Pouls normal.

L'état général est bon ; l'utérus remonte à trois travers de doigt au-dessus du pubis, son fond est incliné à droite. Au toucher, on trouve le col reformé, très perméable, on arrive aisément sur la petite portion du placenta qui, décollée, a franchi l'orifice interne. Mais, en portant le doigt un peu plus profondément, on constate que le décollement n'a pas fait de progrès.

M. Pinard exerce sur le cordon quelques tractions qui restent inefficaces. Comme il n'y a pas de phénomènes de septicémie, ni d'hémorrhagie, il décide qu'il n'y a pas lieu de faire la délivrance artificielle, et prescrit des irrigations antiseptiques d'une demi-heure de durée toutes les heures. On fait passer chaque fois dans l'utérus environ 10 litres de solution de biiodure de mercure à 1 pour 8000.

A midi, la température atteint 39 ; le soir à 5 heures, 40° ; le pouls s'accélère ; céphalalgie intense ; pas de frisson ; le ventre reste plat et non douloureux, soit spontanément, soit à la pression, sinon au niveau même de l'utérus. Tranchées fréquentes.

Pas de modification dans l'état du col ; un peu de fétidité des lochies. On fait, pendant la nuit, des injections vaginales antiseptiques. Sulfate de quinine, 1 gramme.

Le 27. 4 heures du matin, température 40°. A 9 heures du matin 38°5.

En présence de l'altération de l'état général, de la putréfaction des parties décollées du placenta, des phénomènes de résorption constatés depuis hier et de l'insuffisance des injections intra-utérines intermittentes, M. Pinard se décide à pratiquer la délivrance artificielle. Le col se laisse franchir assez facilement, mais le décollement du placenta est

extrêmement difficile; il faut sculpter, pour ainsi dire, la paroi utérine, et le doigt ne sent que d'une façon confuse les limites du placenta qui est extrait par morceaux en une dizaine de fois. Il reste encore, au niveau de la partie gauche du segment inférieur de l'utérus une masse saillante, tomenteuse, le relief de l'insertion placentaire. L'opération, faite sans chloroforme, paraît très douloureuse.

Après l'extraction du placenta, la cavité utérine est bien lavée avec la solution antiseptique; M. Pinard prescrit 1 gramme de sulfate de quinine, des irrigations intra-utérines très fréquentes et l'application d'un gros tampon antiseptique sur la vulve.

De 1 heure à 6 heures, irrigation intra-utérine continue, tantôt avec la solution de biiodure, tantôt avec la solution d'acide phénique à 1/100e, toutes deux étendues de 3 fois leur volume d'eau.

A 4 heures. Température 37°,4. A 6 heures on cesse l'irrigation. La malade mange avec appétit. De 8 à 10 heures 1/2 du soir, irrigation continue; à 11 heures, T. 37°,2; pouls normal; l'écoulement lochial n'a aucune fétidité. On fait toute la nuit d'heure en heure des injections vaginales antiseptiques, et on surveille la température qui reste normale jusqu'au matin.

Le 28, à 7 heures du matin, 38°,4. Le pouls s'accélère un peu; on reprend l'irrigation continue à 6 h. 1/2 et on ne la cesse qu'à 3 heures de l'après-midi.

9 heures du matin, 38°,4; 10 heures, 38°,8. Pouls 116, 50 cent. sulfate de quinine. Pas de frisson (pas de fétidité des lochies. A 3 heures, 50 cent. de sulfate de quinine..

L'irrigation est reprise à 4 heures 1/2. A 6 heures, température 39°,6. A 8 heures, 39°,2, pouls 120. A 10 heures 1/2 du soir, grand frisson de 20 minutes, avec claquement de dents. État syncopal. Température 41°. Pouls 160. On continue

l'irrigation et le 29 à 3 heures du matin la température tombe à 37°,4 et reste ainsi jusqu'à 6 heures 1/2 où elle remonte à 38°,3 ; le pouls bat 90 fois par minute. L'état général est excellent.

L'irrigation intra-utérine est cessée.

Injection vaginale continue de 8 heures du matin à 10 heures du soir.

A partir du 30 on cesse les irrigations. La malade est convalescente. L'écoulement lochial, tout à fait dépourvu d'odeur, est normal ; le ventre, plat, n'est nullement douloureux, l'involution utérine s'accomplit régulièrement.

6 juin. On permet à B... de se lever. Le 7, la température monte un peu ; le 8 également (38°,2). La malade accuse, au niveau du mollet gauche, des douleurs qu'augmente la la pression. Le membre inférieur gauche a sensiblement augmenté de volume et le cou-de-pied est œdématié. La température locale est également plus élevée que celle du côté opposé. Compresses sur le membre, trempées dans une solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque. En deux ou trois jours tous ces phénomènes disparaissent.

Sort guérie le 19 mars.

Revue le 5 juillet en parfait état ; vient réclamer un bas élastique pour un œdème léger du cou-de-pied gauche. (Pas d'albumine.)

Voilà donc 6 cas d'infection grave par rétention placentaire dans l'avortement ; dans 5 de ces cas on s'est borné aux lavages antiseptiques, intra-utérins : 5 morts ; dans un on est intervenu, on a fait la délivrance artificielle ; la malade a guéri.

La conclusion s'imposait. Il fallait, dans les cas analogues, abandonner la méthode classique, pour prendre à la

méthode d'intervention ce qu'elle avait d'incontestablement bon.

Cette méthode de l'intervention avait depuis longtemps de chauds partisans en Allemagne, en Angleterre, en Amérique.

Les uns, comme Tyler Smith, Simpson, Playfair, Barnes, Lusk, préconisaient l'extraction digitale ou manuelle du placenta, tandis que les autres, très nombreux en Allemagne, se déclaraient partisans du curettage instrumental de l'utérus.

Les interventionnistes eux-mêmes se divisaient en deux catégories ; les uns n'agissant *qu'en présence d'accidents déclarés*, les autres préconisant le curettage dans tous les cas de rétention placentaire comme prophylaxie des *accidents à venir*.

C'est ainsi que Fehling écrivait en 1878 :

« 1° Dans l'avortement on n'est jamais sûr qu'il ne reste rien dans l'utérus. Plus l'œuf est jeune, plus il est adhérent. Il peut rester de la caduque et même du chorion, d'où possibilité d'hémorrhagie et de putréfaction ;

« 2° Le tamponnement qui ne suffit pas toujours à arrêter l'hémorrhagie, est un agent fréquent d'infection ;

« 3° Il vaut donc mieux faire le curettage immédiat dans tous les cas ; l'intervention antiseptique est inoffensive. »

En se faisant en 1886, le protagoniste en France de la méthode d'intervention, M. Doléris a puissamment contribué à faire revenir l'école de Paris de ses préventions exagérées contre l'intervention. S'il n'a pas eu gain de

cause sur tous les points, c'est qu'il a été trop brusquement radical. Voici en effet le résumé de l'exposé qu'il fit le 11 mars 1886, à la Société de gynécologie et d'obstétrique, sur 8 cas d'avortements traités par la dilatation rapide du col, le curage de la matrice, les injections antiseptiques. L'avortement, disait-il, peut être comparé à l'élimination d'un produit organique, naguère vivant, puis frappé de mort et fatalement voué à l'expulsion. La durée de l'expulsion des annexes n'est pas fixée, d'où deux dangers : l'*hémorrhagie* dont la gravité, dont les risques sont en rapport avec la durée de l'expulsion ; *la septicémie*, que la putréfaction des produits accidentellement retenus dans la matrice doit toujours faire redouter. Dans le but de soustraire la femme à ces dangers, un grand nombre d'accoucheurs étrangers conseillent et adoptent résolument l'*intervention immédiate*, à savoir : après anesthésie de la malade, dilatation mécanique du col, évacuation complète des parties de l'œuf rete nues, curage de la matrice et lavages antiseptiques. En France, la conduite suivie se résume en deux mots : *l'expectation armée;* ce qui veut dire : prévenir ou combattre par les injections antiseptiques la septicémie, corollaire possible de la putréfaction in utero, et lutter par le tamponnement contre les hémorrhagies inquiétantes.

Pour les cas ordinaires, ceux où l'avortement se fait pour ainsi dire d'une manière continue, M. Doléris se prononce en faveur de la pratique française.

Pour ceux, au contraire, où il y a interruption dans

l'avortement, lorsque, après l'expulsion du fœtus et l'écoulement du liquide amniotique, les contractions utérines s'arrêtant, le col se referme, le placenta s'emprisonne pour un temps indéterminé, exposant les femmes à la septicémie et aux hémorrhagies répétées, Doléis opte pour l'intervention immédiate. Il faut extraire le corps du délit ; prévenir et non pas attendre les hémorrhagies ou la putréfaction.

Et voici pourquoi : 1° On ne connaît pas la qualité du terrain au point de vue des chances pour ou contre la putréfaction, et il est impossible de prévoir le début des accidents ; l'odeur démontre que l'ennemi est dans la place.

2° L'adhérence partielle du placenta ne prévient pas les signes de la septicémie ; il suffit d'un décollement même limité pour donner prise à la putréfaction ; le sang, les caillots suffisent même pour y donner lieu.

3° Reste l'hémorrhagie et, contre elle, contre son abondance et sa répétition, on ne possède que la perspective de faire des tamponnements multiples, si encore on est appelé à temps.

Pour l'intervention immédiate voici ce que conseille Doléris : placer la femme dans la position obstétricale ; abaisser l'utérus avec une pince à griffes afin d'agir avec plus de sûreté sur le col ; dilater la cavité cervicale (dilatateur de Sims, de Barnes), de façon à permettre l'introduction des instruments, nettoyage, curage de l'utérus, irrigations antiseptiques.

Huit cas traités de cette façon se sont terminés très heureusement. Les huit femmes ont guéri sans aucun accident.

La dilatation rapide est facile avec les doigts ou les instruments. Doléris introduit d'abord un doigt et aussitôt après un sac de Barnes. Il arrive très vite à une dilatation plus que suffisante, par l'introduction de sacs de différentes dimensions. D'ailleurs rien n'empêche de commencer par l'éponge préparée et de continuer au bout de douze ou vingt-quatre heures par un autre procédé. Quant à l'abaissement de l'utérus, c'est là une manœuvre familière à tous les chirurgiens et qui n'a jamais de conséquences fâcheuses pour les femmes. Le curage se fait avec l'écouvillon, procédé et instrument imaginé par l'auteur.

L'écouvillon est une tige métallique souple terminée par un bout garni, sur une longueur de 5 à 12 centimètres, de crins solides qui forment une sorte de cylindre hérissé de mille pointes ou dents, capable d'entamer un tissu peu résistant, ou de racler très complètement la paroi utérine. On ne saurait mieux comparer cet instrument qu'à ceux qui servent à débourrer les pipes ou ceux dont les sommeliers usent aussi pour nettoyer les bouteilles encrassées. Ces écouvillons sont de volume, de force et de longueur variés ; la souplesse ou la résistance des crins varient également.

On les fait pénétrer par un mouvement de vrille dans l'utérus et par un mouvement identique en divers sens on

détache et on entraîne tous les débris détachés, grands ou petits, tous les lambeaux adhérents, toutes les parcelles décomposées qui tapissent la paroi musculaire de l'utérus.

On retire en tournant toujours, de façon à entraîner les débris (mouvements spiroïdes). Il suffit de répéter la manœuvre un certain nombre de fois pour être certain que la place est nette. On constate très évidemment que l'utérus se contracte aux premières tentatives et les parcelles placentaires adhérentes s'offrent d'elles-mêmes au mouvement giratoire de l'écouvillon.

L'écouvillon, dans la pensée de M. Doléris, ne remplace ni les pinces ni la curette : il sert simplement à donner « le coup de balai antiseptique de la fin ».

« Je n'ai, dit-il, aucun grief sérieux contre la curette, je l'emploie volontiers avec l'écouvillon et les pinces.

« Si j'ai pensé à un autre instrument, l'écouvillon, c'est non seulement parce que je lui ai reconnu quelques avantages sur la curette, mais en vérité surtout pour faire une concession à la timidité de nos confrères.

« On traite la curette d'instrument brutal et aveugle ; il y a du vrai dans ces accusations.

« Eh bien, vous n'en direz pas autant d'un balai de crin qui peut vous rendre à peu de chose près les mêmes services.

« J'ai imaginé l'écouvillon, pour le traitement de l'endométrite chronique, il y a cinq ans aujourd'hui. J'y avais vu un instrument propre au raclage et un porte-topique

tout à la fois. Je le trouvais supérieur à la curette dans ce cas.

« Je suis naturellement arrivé à l'utiliser dans les suites pathologiques de l'accouchement et de l'avortement, justement dans la même intention et pour les mêmes raisons.

« Si vous ne voulez pas de la curette, prenez l'écouvillon : moi je garde les deux. »

La pratique de Doléris est, on le voit, l'*intervention prophylactique*, *l'intervention appliquée à tous les cas de rétention placentaire, même lorsqu'il n'y a pas d'accidents, par crainte de ceux qui pourraient survenir.*

A peu près à la même époque (1886), le professeur Pajot se déclarait nettement partisan de l'*intervention curative, appliquée aux seuls cas où la rétention placentaire produit des accidents septiques.*

Après s'être prononcé contre l'intervention immédiate il se demande où est la limite de l'expectation.

« Combien de temps allons-nous rester à ne rien faire ? Ici encore votre intervention ne saurait être subordonnée à une question d'heure. Voici quelle est ma conduite : le placenta est resté, je ne fais rien. Le lendemain je reviens, je soulève les draps de la malade, et je constate, d'aussi près que possible, s'il se dégage ou non une odeur de putréfaction ; si non je ne fais encore rien ; le lendemain, même conduite. Mais dès qu'il y a de l'odeur, j'interviens. *La limite de l'expectation, c'est l'apparition de l'odeur.* Dès ce moment la vie de la femme est en danger, *il faut extraire le placenta, à tout prix, sauf la violence.*

« Comment allez-vous procéder ? Allez-vous vous servir du doigt qui, à la rigueur, peut pénétrer dans l'orifice le plus souvent. Non, il *faudrait avoir des doigts démesurément longs ;* vous vous servirez d'un instrument analogue à un de ceux que je vous présente. L'un (fig. 1) convient pour les cas où l'orifice est assez largement ouvert. Il ressemble à un long forceps très étroit et se manie de la même façon. Quant à l'autre (fig. 2), auquel je dois l'existence de plusieurs femmes, il présente l'immense avantage de pouvoir admettre à l'une de ses extrémités une cuiller dont les dimensions seront en rapport avec celles de l'orifice.

« Voici son histoire :

« Je fus il y a bien longtemps, près de 40 ans, appelé par un des élèves qui suivaient mes cours, auprès de la femme d'un fabricant de cuirs, rue Saint-Antoine.

« Cette femme, accouchée à 4 mois 1/2, depuis 11 jours, n'avait pas encore expulsé le placenta. Les médecins qui avaient été appelés avaient si bien perdu tout espoir, qu'ils l'avaient décidée à prendre ses dispositions testamentaires. J'arrivais sur ces entrefaites, et dès mon entrée dans la maison, je sentis l'odeur de putréfaction qui provenait de la rétention du délivre. Arrivé au lit de la malade, je ne pus que constater la situation désespérée où elle était et partager l'opinion de mes collègues ; je me retirai fort malheureux. En chemin, il me vint à l'esprit que si l'on avait un doigt fort long et en fer, mais flexible, on pourrait peut-être accrocher, dilacérer, fragmenter le placenta, mais enfin l'avoir par totalité ou par portions.

Les injections entraîneraient le reste. Je courus immédiatement chez M. Charrière père, homme excellent et très habile, et je lui soumis mon idée. En deux heures il avait

FIG. 1.
Pince Levret à pivot (Collin).

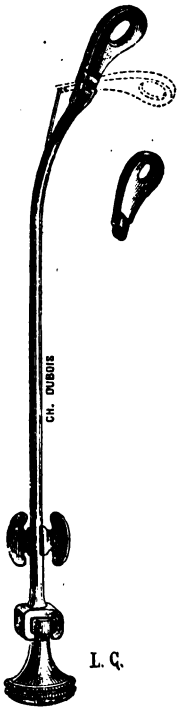


FIG. 2.
Curette articulée de Pajot (Dubois).

transformé une sonde quelconque en *curette articulée* et en avait fait l'instrument que vous voyez ; assurément, le type primitif n'était pas aussi perfectionné que celui-ci ; néanmoins il répondait aux nécessités du moment. Armé

de cet appareil, je revins chez la femme, et immédiatement, je procédai à l'extraction du délivre. L'introduction de l'instrument, que je poussai *prudemment* jusqu'au fond de l'utérus, fut aisée, et après avoir fléchi la cuiller, en retirant prudemment encore l'instrument, je sentis que j'accrochais le délivre, mais je ne le ramenai pas. Je n'avais fait que le traverser. N'importe, je répétai cinq ou six fois la manœuvre et ainsi je dilacérai le placenta que je ramenai par morceaux ; puis je fis faire des injections d'eau tiède. On ne connaissait pas alors la méthode antiseptique. Quinze jours après, cette femme, condamnée par ses médecins et par moi-même, était absolument rétablie et pouvait vaquer à ses occupations ordinaires.

« Et certes, je pourrais vous relater plusieurs observations analogues. »

Convaincus de l'inefficacité, démontrée plus haut, des injections antiseptiques intermittentes ou continues dan la septicémie par rétention placentaire et du même coup de la supériorité de la méthode d'intervention, nous avons, à partir de 1887, fait retour aux interventionnistes, acceptant avec les réserves que j'indiquerai plus loin, les indications de Pajot et certaines parties, indiscutablement bonnes, du manuel opératoire des partisans de la curette ou de l'écouvillon.

Je vais d'abord exposer les résultats de cette troisième série, en mettant à part les succès et les insuccès, me réservant de rechercher, pour ces derniers, si la pratique suivie est susceptible de nouvelles modifications.

Observation XVII

Le 10 janvier 1888, à 9 heures du matin, entre à la Maternité de Lariboisière, la nommée Bl. C..., fille publique.

Accouchée une première fois à terme d'un garçon qui s'est présenté par le sommet et qui vit, elle a eu ses règles pour la dernière fois à la fin de juillet 1887, et est enceinte de 5 mois 1/2.

Depuis un mois elle a beaucoup fatigué (!) et c'est à ces fatigues qu'elle attribue l'apparition, depuis le 4 janvier, d'hémorrhagies à répétition qui l'ont notablement affaiblie.

Le même jour elle aurait perdu un peu d'eau, puis bientôt après du sang. L'écoulement sanguin se serait reproduit tous les jours et hier, 9 janvier, il aurait été très abondant et mélangé de caillots.

A l'arrivée à la Maternité l'état général est peu satisfaisant. C... est très anémiée. Pas de fièvre, pas d'albuminurie.

L'utérus, normalement développé, est le siège de contractions douloureuses manifestes. Par le toucher on sent dans le vagin, faisant saillie à travers l'orifice utérin, un pied et le cordon qui bat.

On fait à plusieurs reprises des lavages vaginaux avec la solution de biiodure de mercure à 1/4000 ; un tampon d'étoupe au sublimé est appliqué en permanence sur la vulve.

Le fœtus est expulsé le 10 janvier à 1 heure du soir ; il a vécu 5 minutes, pèse 300 gr. et mesure 22 centimètres.

Le placenta reste dans l'utérus ; on ne fait aucune tentative de délivrance. La malade est soumise aux soins antiseptiques usités en pareil cas.

Pendant la nuit du 10 au 11, C... accuse un mouvement fébrile sans frissons. Le 11 au matin la température est à 39°,4 ; le ventre est tendu, très douloureux au palper. Nau-

sées continuelles. Péritonisme. Le toucher montre que le placenta n'est pas accessible.

M. Pinard fait transporter la malade dans le service d'isolement où elle est, à partir de 2 heures du soir, soumise à l'irrigation continue phéniquée à 1 0/0. A ce moment la température est à 38°.

L'irrigation bien tolérée fonctionne régulièrement jusqu'à 8 heures du soir. A ce moment la température est à 37°,4. Jugeant l'utérus suffisamment lavé, je cesse l'irrigation.

A 8 heures 1/2 survient un grand frisson qui dure 20 minutes. La température atteint 40°,5. Le placenta ne s'engage toujours pas, rien n'indique qu'il se décolle, et il est évident que le foyer septique échappe, en partie du moins, à l'action de l'antiseptique.

M. Pinard, prévenu, arrive à la Maternité à 10 heures 1/2 du soir.

La femme étant chloroformée, M. Pinard introduit *toute la main droite dans le vagin*, *dilate lentement l'orifice utérin* dans lequel il peut faire bientôt pénétrer *deux doigts* qui achèvent de décoller le placenta amené à leur rencontre par la main gauche qui abaisse l'utérus autant qu'il est nécessaire. Le placenta est alors aisément engagé dans l'orifice où on le saisit avec une pince à forcipressure qui l'amène au dehors.

Il exhale une odeur infecte.

Immédiatement après on fait un grand lavage intra-utérin durant un quart d'heure avec la solution phéniquée à 1 0/0.

Une heure après, la température est à 37°,3. Depuis lors elle n'a cessé d'être normale matin et soir. Les accidents ont été supprimés « comme avec la main ».

Observation XVIII

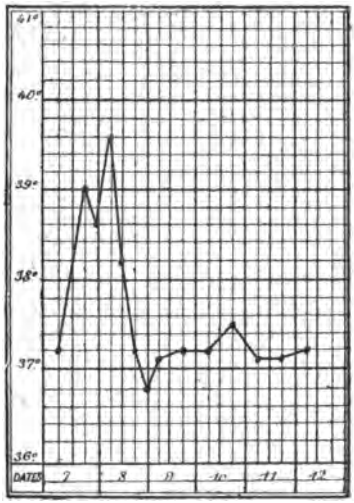
Émélie Ba..., 27 ans, couturière, entrée le 6 mars 1888.

Réglée tous les mois régulièrement pendant 3 jours.

VI pare. — 5 accouchements à terme spontanés, sommets.

D. R. 17 octobre.

A perdu du sang dans le courant du 3e mois de sa grossesse.



2 mars 1888, 9 h. du soir. Rupture prématurée des membranes.

Le 6, 6 h. du soir. Début du travail à 10 h. soir. Expulsion d'un fœtus mort, présentant le siège, poids : 400 gr.

Rétention du placenta.

Le 7. 6 h. soir, T. 39°,1. On fait des injections intra-utérines.

Le 8. 2 h. matin, T. 39°,6.

On soumet la femme à l'irrigation continue. A 9 h. matin,

délivrance artificielle. Extraction digitale du placenta qui, décollé et engagé dans le vagin, est très fétide.

On cesse l'irrigation. Température normale. Guérison.

BOSTON MEDICAL LIBRARY JUL 29 1912

OBSERVATION

L. P..., 24 ans, cuissière. Primipare. Entrée le 15 février 1892.

D. R. du 22 au 25 octobre 1891.

Légère perte de sang au 2e mois. A duré 1 jour. Le 9 février, chute sur le dos dans un escalier. Douleurs violentes dans les reins depuis cette époque.

Perte de sang jusqu'au jeudi matin 12 février : à ce moment, contractions et écoulement sanguin assez considérable. A 10 h. du matin, elle demande 2 médecins qui constatent qu'elle est en travail. A 1 h. du soir, expulsion du fœtus et rétention du placenta. Injections vaginales antiseptiques.

Le soir, on essaie d'extraire le placenta engagé dans le col, tentative qui détermine une hémorrhagie abondante.

Injections vaginales tous les jours. Tentative d'extraction du placenta avec des pinces.

14 février. — Frissons dans la nuit et la journée.

Le 15. On amène cette femme à la clinique. T. 39°,5.

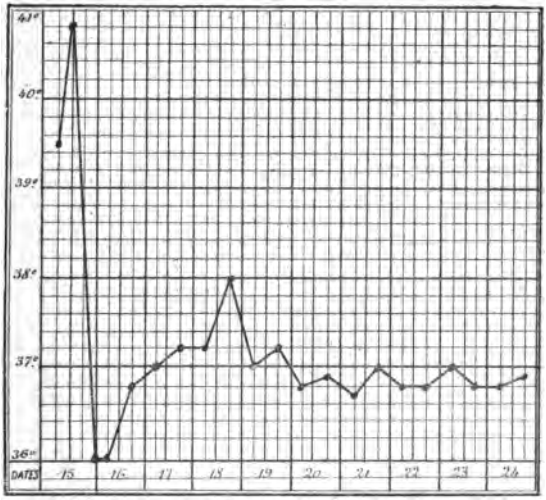
A 7 h. soir, anesthésie. Après avoir introduit toute la main dans le vagin, je parviens assez facilement, à l'aide de 2 doigts introduits dans l'utérus, à extraire le placenta qui était en partie décollé ; l'autre portion était adhérente au niveau de la corne droite.

Injection intra-utérine. Tamponnement à la gaze iodoformée. Une heure après, frisson. T. 41°. Irrigation pendant quelques heures de 9 h. 1/2 à minuit.

La température s'abaisse rapidement.

9 h. 30 soir. Température, 39°.

10 h. 1/2. 37°,9, eau phéniquée à 1/600.
11 h. 12, 37°,5, »
Minuit, 35°,7. On cesse l'irrigation. Sulf. de quinine, 0 gr. 50.



Le 18. Soir. Injection intra-utérine au biiodure 1/4000, une à l'eau phéniquée 1/300.

Sortie le 2 mars 1892. Guérie.

Observation XX

U. S..., 25 ans, domestique.

IV pare. 1er en 1887, à terme, spontané. Enfant vivant.

2e en 1890, 7 mois 1/2. Sommet. Vivant. Mort à 2 mois.

3e en 1891, fausse couche de 3 mois 1/2. Père différent pour les 3 dernières grossesses.

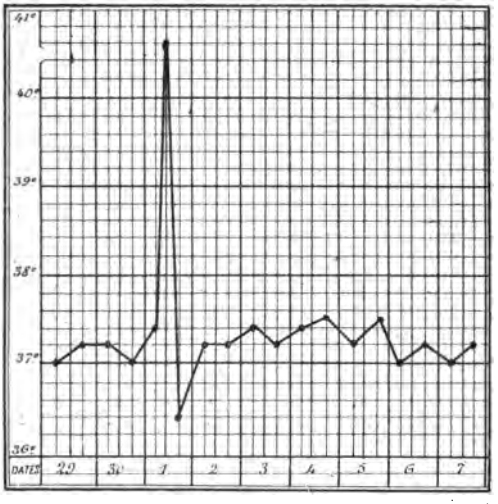
D. R. du 8 au 10 octobre 1891.

Terme de la grossesse : 6 mois 1/2.

Pas d'albumine.

Début du travail, 7 h. soir, 28 avril 1892.

Entre à la salle de travail 29 avril à 4 h. matin, à la dilatation complète. Rupture des membranes à la dilatation complète. Liquide verdâtre. Expulsion du fœtus à 4 h. 10 du matin le 29 avril. Rétention du placenta. Élévation de la



température le 1er mai. Introduction du ballon Champetier le 1er mai à 10 h. matin (400 gr. liquide).

A midi, frissons légers et T. de 40°,4.

A 4 h. 10, expulsion du ballon. Mlle Roze, sage-femme en chef, introduit la main dans le vagin et 2 doigts dans l'utérus. Elle sent le placenta adhérent légèrement dans une partie de son étendue à la face antérieure de l'utérus : elle le décolle facilement et l'extrait. Injection intra-utérine.

1er mai. 1/2 h. après la délivrance, frisson. T. 41°.

6 h. soir. Irrigation continue. T. 40°,5.

7 h. soir. T. 39°,2.
8 h. soir. T. 38°.
9 h. soir. T. 37°,5.
9 h. 1/2 soir. T. 36°,8.
11 h. soir. T. 36°,5.
Minuit 1/2. T. 36°,2. On cesse l'irrigation. Sortie guérie.

Observation XXI

M..., Angèle, 28 ans, employée de commerce.

Réglée à 13 ans, régulièrement.

II pare. 1er accouchement à terme, spontané. Enfant mort à 1 mois en nourrice.

D. R. 25 au 29 juin 1892.

A 2 mois de grossesse, violentes douleurs lombo-abdominales. 8 jours après, pertes de sang abondantes dans la nuit du 2 au 3 septembre. Nouvelle perte le 4.

Dans le sang recueilli, on trouve quelques débris de membranes. Le médecin qui l'assiste pense à un avortement incomplet, l'embryon étant passé inaperçu.

Il fait alors des injections chaudes avec la solution phéniquée, tamponne le vagin avec du coton hydrophile.

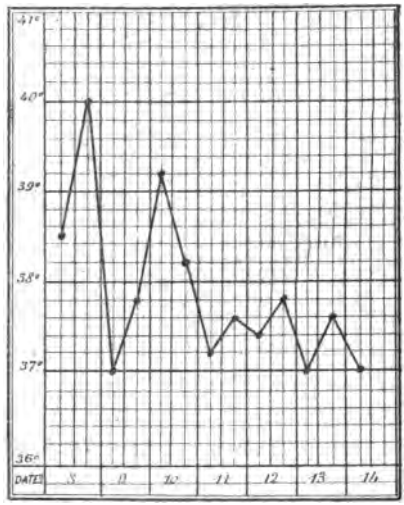
5 septembre. Plusieurs frissons qui se répètent les 6 et 7 septembre.

Le 8, à 10 h. du matin, on amène cette femme à la Clinique, la T. est de 37°,6 à son entrée.

On enlève le tampon formé de 6 bourdonnets de coton, n'ayant aucune odeur; on fait une longue injection vaginale au biiodure et l'on bourre le vagin de gaze iodoformée. M. Varnier voit la malade à 6 h. du soir et juge l'intervention nécessaire, la température étant de 38°,5.

M. Brion, externe du service pratique, alors le curettage digital.

Le col est largement perméable et permet l'introduction de 2 doigts. Le placenta est engagé dans l'orifice interne du col, n'adhère qu'à la partie profonde de l'utérus. L'extraction demande de 15 à 20 minutes. Poids du placenta, 30 gr. Tam-



ponnement avec la gaze iodoformée, après une injection à la solution phéniquée forte. A 8 h. soir, une heure après la délivrance, la malade est prise d'un frisson violent qui dure plusieurs minutes. A 8 h. 45, la température est de 40°. Irrigation continue pendant 21 heures.

Sortie guérie le 25 septembre.

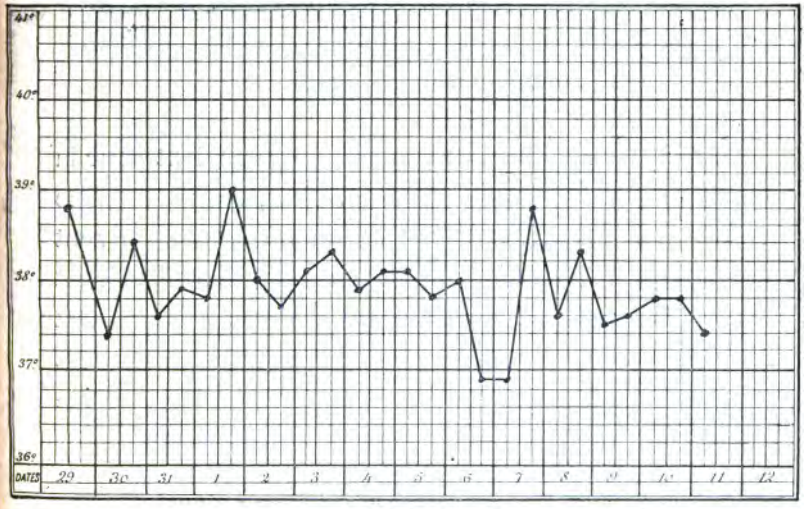
Observation XXII

R..., Nelly, 33 ans, couturière, née à Cuba.

Réglée à 13 ans. Régulièrement.

VI pare. 4 premières grossesses à terme : accouchements normaux. 5e fausse couche de 3 mois ? (Même père.)

D. R. avril ? A continué à perdre du sang chaque mois à l'époque de ses règles, en quantité à peu près normale. Tuberculose. Avortement fait en ville le 27 juillet 1892.



Immédiatement, délivrance artificielle manuelle faite incomplètement par le médecin qui l'assistait.

28 juillet. Frissons ; élévation de température. Injection intra-utérine.

Le 29. Nouvelle intervention par un second médecin qui employa la curette. La fièvre continue. Le même jour, à 11 h. soir, on amène la malade à la clinique Baudelocque : la température est de 38°,7.

Chloroformisation. Délivrance artificielle avec 2 doigts.

Extraction d'un débris de placenta du volume d'une petite noix. Irrigation continue. Guérison. Oscillations de la température entre 38° et 37°, dues probablement à la tuberculose ?

(A suivre.) H. VARNIER.

DU TRAITEMENT IMMÉDIAT DES DÉCHIRURES DU PÉRINÉE APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Par le Dr **Wallich**, chef de laboratoire de la clinique obstétricale de la Faculté (Clinique Baudelocque).

Au temps où les suites de couches présentaient pour la femme une période des plus dangereuses, sous la menace constante de la fièvre puerpérale, on négligeait souvent la réparation des traumatismes du périnée, considérant ces derniers comme un accident d'ordre secondaire, et l'on remettait à plus tard le soin de réparer les désordres survenus dans cette région, lorsque, la femme revenue à la santé, serait à l'abri des accidents puerpéraux.

D'où les partisans de l'intervention immédiate ou de l'intervention secondaire, la période puerpérale terminée. Ces derniers étaient les plus nombreux, et nous devons dire qu'avant l'antisepsie les premiers retiraient peu de satisfaction de leur intervention, la réunion qu'ils tentaient ne s'opérant pas, empêchée par la suppuration. Depuis l'antisepsie les objections créées par le défaut de réunion, le danger de l'intervention immédiate n'existent plus. Une seule objection subsiste, à savoir, que les tissus déchirés sont contus, parfois mortifiés, peu aptes à la réunion, d'où inutilité de l'intervention. Nous allons voir jusqu'à quel point et dans quels cas cette opinion peut être justifiée. En d'autres termes, nous allons discuter rapidement au point de vue

pratique, si l'on doit intervenir immédiatement pour une déchirure du périnée, nous verrons ensuite quelle doit être dans ce cas l'intervention.

Il n'est pas utile d'insister sur la fréquence de la déchirure du périnée après l'accouchement. Nous savons que par une direction rationnelle imposée à la sortie des parties les plus volumineuses du fœtus, à travers le bassin mou et la vulve, on peut diminuer considérablement le nombre de ces déchirures. Mais ce n'est pas à ce point de vue que nous nous plaçons à ce moment.

La déchirure est faite, il s'agit de la traiter. Allons-nous intervenir immédiatement ou plus tard ? Les avis sont partagés, moins qu'autrefois, mais ils le sont encore ; suivant les uns, il faut attendre, parce que, ou bien la déchirure est légère en longueur et en profondeur, et le simple rapprochement des cuisses suffit pour opérer la réunion, ou bien, la déchirure est profonde, intéresse tout le périnée y compris l'anus, la cloison recto-vaginale, il est alors, disent-ils, impossible, étant donnée la mortification des tissus, d'espérer que les tissus recousus puissent se réunir. Il est donc, suivant eux, inutile de faire souffrir la femme, alors qu'elle devra, après l'insuccès de l'opération immédiate, subir plus tard une nouvelle opération. Voilà une première opinion. Les partisans de l'intervention immédiate, pensent qu'il est plus prudent de fermer une porte d'entrée aux infections bien située pour cela au niveau de la vulve, et qu'il faut suturer même une déchirure légère ; si la déchirure est profonde, étendue, la réu-

nion de tissus contus, ou même mortifiés, peut être aléatoire, mais pourquoi ne pas la tenter au prix de quelques souffrances surajoutées à celles de l'accouchement, et faire ainsi courir à la femme la chance d'éviter une seconde opération plus tard. Voici la deuxième opinion. Quelle est celle que devra choisir le praticien ?

Il faut, et c'est la pratique suivie dans l'école de M. le professeur Pinard, intervenir immédiatement et suturer. Et voici pourquoi : L'opération ne constitue en aucune façon une complication, la souffrance, qui à la rigueur peut être supprimée par le chloroforme, est véritablement négligeable, les piqûres de l'aiguille étant produites sur des tissus contus, stupéfiés, à sensibilité considérablement amoindrie par les violentes pressions qu'ils viennent de subir pendant l'accouchement. La souffrance ne peut donc pas entrer en ligne de compte ; voyons si l'opération est inutile. Si la contusion des tissus empêche leur réunion, on aura eu du moins l'avantage de les soustraire, les premiers jours, aux chances d'infection, en pratiquant l'occlusion de la plaie, en la fermant. Mais, dira-t-on, cette occlusion de la plaie, cette réunion s'opère si la déchirure est légère par simple rapprochement des cuisses, sans intervention instrumentale. Ici nous tenons à ouvrir une parenthèse.

On divise d'une façon générale les déchirures du périnée en déchirure complète ou en déchirure incomplète. Cette dernière n'atteint pas l'anus et la déchirure complète intéresse l'anus. Il est certain, et nous

le démontrerons tout à l'heure, que le manuel opératoire diffère suivant que l'on a à réparer seulement un périnée, ou à réparer un périnée et l'anus, avec la cloison recto-vaginale. Mais il ne faut pas croire que toutes les déchirures incomplètes présentent une importance égale. Le périnée comprend comme éléments constitutifs : les téguments, du tissu cellulaire, des plans aponévrotiques et des muscles. Or, une déchirure dite incomplète peut très bien n'intéresser que les téguments et s'étendre jusqu'au voisinage de l'anus, les tissus sous-jacents, muscles, aponévroses, n'ayant pas été rompus. D'autre part, une déchirure, dite aussi incomplète, puisqu'elle n'intéresse pas l'anus, peut présenter une déchirure des téguments très peu étendue en longueur, laissant une large bande de tissu sain entre son extrémité inférieure et l'anus. Mais la déchirure s'est étendue en profondeur, si l'on pince les téguments déchirés on sent que la charpente musculaire du périnée est rompue, et si les choses restent dans l'état, même après cicatrisation, le vagin et l'utérus manqueront de l'appui si utile qui leur est fourni par le périnée, et la femme sera exposée au prolapsus du vagin, à la cystocèle, à la rectocèle, au prolapsus de l'utérus. Nous voyons donc que parmi les déchirures incomplètes, c'est-à-dire n'intéressant pas l'anus, il y a lieu de distinguer entre déchirures superficielles ou déchirures profondes, et ces dernières ne sont pas souvent les plus étendues en longueur.

Nous fermons cette parenthèse et nous reprenons notre

discussion. Si donc en face d'une déchirure que l'on considère comme légère parce qu'elle est peu étendue, on se borne à rapprocher les cuisses, on pourra obtenir une réunion des téguments mais les parties profondes resteront séparées, disjointes, et la femme sera exposée aux accidents que nous signalions plus haut, consécutifs aux délabrements du périnée. Si d'autre part la déchirure, quoique étendue, a intéressé les téguments, ne vaut-il pas mieux la fermer, assurer complètement sa réunion par une suture que de l'exposer à une réunion dont la réussite dépend de l'immobilité absolue de la femme, et qui peut être détruite par le moindre mouvement brusque, produit inconsciemment dans la veille ou pendant le sommeil. Il n'y a donc que des avantages à pratiquer la réunion des déchirures dites incomplètes, n'intéressant pas l'anus, qu'elles soient superficielles ou profondes.

Si la déchirure est complète, intéresse l'anus et la cloison recto-vaginale, faudra-t-il aussi intervenir immédiatement? Ici, revient surtout l'objection de la mortification des tissus contusionnés, l'étendue des surfaces à réunir et la difficulté d'obtenir leur réunion. Mais il y a encore dans ces circonstances à établir une distinction : le périnée subit ces vastes délabrements dans deux cas bien différents, il peut être déchiré ou bien parce qu'il est altéré, rendu moins résistant par de l'œdème, par un thrombus de la vulve, par son peu d'élasticité naturelle (1),

(1) Il est en effet une disposition naturelle de résistance plus ou moins grande des tissus suivant les sujets, bien remarquable par l'aptitude aux vergetures de la peau de l'abdomen et des cuisses.

les parties fœtales qui traversent la vulve n'étant ni trop volumineuses, ni incorrectement dirigées pendant la période d'expulsion. Au contraire, il peut se produire des déchirures complètes du périnée, alors que celui-ci est sain, bien résistant, n'est le siège d'aucune infiltration, mais parce que le fœtus présente un excès de volume ou même parce que chez un fœtus volumineux sans excès, la tête aura par un mouvement de déflexion brusque, allongé outre mesure, surdistendu le périnée, qui, porté brutalement aux limites de son élasticité, s'est rompu avec l'anus et la cloison recto-vaginale. Il est certain que dans ces deux cas que nous venons d'examiner, les conditions sont différentes; le périnée est rompu dans les deux cas, mais dans l'un les tissus sont en bon état, susceptibles d'une réunion facile, dans l'autre les tissus sont altérés, présentent peu d'aptitude à la réunion. Que faut-il faire? Si les tissus sont en bon état, pourquoi hésiterait-on, les surfaces d'avivement sont naturelles, pourquoi attendre, pourquoi laisser la femme perdre des matières par son anus rompu, et par son vagin, pendant ses suites de couches et les mois qui suivent? Pourquoi ne pas lui éviter cette infirmité si pénible et augmenter aussi les chances d'infection utérine par les matières fécales en contact constant avec le vagin? Nous ne voyons pas quelle raison pourrait justifier ici l'expectation. Si les tissus du périnée se sont rompus parce qu'ils étaient le siège d'infiltration ou d'œdème, les chances de réunion sont plus aléatoires, mais pourquoi ne pas courir ces chances et se résoudre à

l'expectation et à une opération secondaire, si la tentative de réunion a été infructueuse? Il nous semble préférable d'agir immédiatement même dans ces circonstances défavorables, surtout si l'on a pris soin, avant de suturer, d'égaliser les surfaces déchirées, d'abraser les parties mortifiées, et de rendre aussi vives que possible les surfaces de réunion. Nous concluons qu'en présence de déchirures du périnée complètes ou incomplètes, superficielles ou profondes, il y a intérêt à intervenir immédiatement. Nous allons voir quelle sera cette intervention.

Traitement. — Les traités de gynécologie renferment tous un chapitre sur les déchirures du périnée; le traitement y est décrit avec abondance, les procédés opératoires sont nombreux. Mais ces chapitres et ces méthodes ne s'adressent qu'aux déchirures anciennes du périnée, aux procédés d'avivement, aux différentes sutures qu'il est recommandable de faire. Quant au traitement immédiat de ces déchirures, il n'en est que peu ou pas question, peut-être parce que ce traitement est tacitement abandonné aux accoucheurs par les gynécologistes; toutefois les traités d'accouchements ne s'occupent du traitement des déchirures du périnée, que pour lui opposer un traitement anodin par l'apposition de serre-fines, ou par le rapprochement des cuisses, ce qui en somme n'est qu'une exspectation déguisée, ou une option en faveur de l'intervention faite secondairement.

Il y a peut-être aussi une raison à la réserve des auteurs de procédés de périnéorrhaphie en ce qui concerne l'opé-

ration immédiate. C'est que le manuel opératoire de celle-ci est évidemment sujet à variation, étant données les formes diverses que peut prendre cette rupture, et bien que l'on puisse tracer des règles générales à ce sujet, il faudra aussi s'inspirer des circonstances dans chaque cas particulier.

Nous savons qu'on a conseillé, dans les cas de rupture incomplète, le simple rapprochement des cuisses. Or, si ce procédé peut réussir en cas de déchirures légères très superficielles, il est insuffisant si les parties sous-tégumentaires sont rompues. Comme d'autre part il peut aussi échouer, puisqu'il dépend de l'immobilité de la femme, de l'asepsie plus difficile à obtenir sur les lèvres de la plaie désunies, nous estimons qu'il y a avantage à faire mieux, c'est-à-dire à réunir les lèvres de la plaie.

Il n'est pas douteux que dans un certain nombre de cas, si la déchirure est superficielle, n'intéresse que la muqueuse vaginale et la peau du périnée, les serres-fines doivent suffire à maintenir la coaptation des lèvres de la plaie. Mais on peut adresser aux serres-fines les reproches suivants :

Souvent elles dérapent, soit des deux côtés, soit d'un seul côté; elles y sont d'autant plus exposées qu'elles font saillie au-dessus de la plaie, et qu'il faut, pour ne pas les déplacer, prendre de grandes précautions pendant les toilettes des organes génitaux ou les injections vaginales. Elles sont très rapidement souillées par le sang et ne peuvent pas être nettoyées. Il est à peu près impossible de les

placer sur la portion vaginale de la déchirure ; enfin par la saillie qu'elles forment elles rendent les pansements occlusifs très difficiles. Il est beaucoup plus simple, et il n'est pas beaucoup plus douloureux, même en cas de déchirure légère de pratiquer un ou deux points de suture.

Cette suture peut être faite avec des fils d'argent, de soie, du crin de Florence ou du catgut. Mais il est bon de remarquer tout de suite que les fils d'argent et de soie présentent le grand inconvénient de couper les tissus, et cet inconvénient est d'autant plus à redouter, que nous avons affaire ici à des tissus le plus souvent extrêmement friables. Aussi conseillons-nous de préférence l'emploi du crin de Florence ou du catgut. Les crins de Florence peuvent rester très longtemps en place, sans produire la moindre irritation, la moindre ulcération, ils peuvent même, mais cela n'est pas nécessaire, être oubliés, et enlevés après la cicatrisation complète.

(*A suivre.*)

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE.

REVUE PRATIQUE
D'OBSTÉTRIQUE
ET DE PÆDIATRIE

Mars 1893

SOMMAIRE :

Contribution à l'étude de la symphyséotomie, par A. PINARD. 65
De l'application du forceps au détroit supérieur rétréci, en particulier dans ses rapports avec la symphyséotomie, par H. VARNIER. 78
Du traitement immédiate des déchirures du périnée après l'accouchement, par le Dr WALLICH. (Suite.). 95

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SYMPHYSÉOTOMIE

19 *opérations pratiquées à la Clinique Baudelocque depuis le 4 février* 1892 *jusqu'au* 23 *mars* 1893.

Il y a un an, lors de la première réunion de la Société obstétricale de France, j'ai eu l'honneur de vous communiquer le résumer des observations de *trois* femmes chez qui j'avais partiqué la symphyséotomie.

Depuis cette époque, *seize* symphyséotomies ont été faites à ma clinique soit par mes élèves, soit par moi-même, ce qui fait un total de 19 depuis le 4 février 1892.

2 pratiquées par le Dr Varnier, professeur agrégé.
2 — le Dr Lepage, chef de clinique.

(1) Mémoire lu à la Société obstétricale de France, le 7 avril.

1 pratiquée par le Dr Potocki, ancien chef de clinique.
1 — le Dr Wallich, chef de laboratoire.
13 — par moi.

4 de ces femmes étaient primipares, 15 étaient multipares.

5 fois la symphyséotomie a été le complément de l'accouchement provoqué.

14 fois la symphyséotomie a été faite après la déclaration spontanée du travail.

7 fois la symphyséotomie a été pratiquée après des tentatives infructueuses de forceps, et 12 fois d'emblée, étant donnés la longueur du travail, le non engagement de la tête, la disproportion bien constatée de cette dernière par rapport au rétrécissement.

18 fois après la symphyséotomie, l'enfant fut extrait à l'aide du forceps une seule fois par la version.

Je ne veux pas exposer ici en détail ces observations dont vous trouverez, du reste, les traits principaux dans le travail que vient de publier mon collaborateur, le Dr Varnier. Je désire simplement, en face des résultats obtenus, ne m'appuyant que sur ces faits, examiner rapidement devant vous si la symphyséotomie a répondu à l'attente de ses partisans et ce qu'il faut faire pour qu'elle puisse donner tout ce qu'on est en droit d'attendre d'elle.

Et d'abord quels ont été mes résultats?

Les voici :

19 femmes opérées — 19 femmes guéries.

19 enfants extraits vivants — 3 morts quelques jours après leur naissance; 16 enfants vivants aujourd'hui et bien portants.

La morts de ces trois enfants est-elle imputable à la symphyséotomie? Personne n'aura cette idée, je pense, après avoir lu les observations.

En effet, le *premier* est mort, parce que n'ayant pu, par suite d'une abondance extrême du liquide amniotique, ramener la tête en bas, j'ai dû faire une extraction par les pieds et aussi, et surtout, pourrai-je et devrais-je dire, parce que l'ouverture préalable du bassin était insuffisante.

La traction et la pression nécessaires pour faire passer la tête dernière dans ces conditions, ont déterminé une fracture d'un pariétal et une hémorrhagie méningée qui ont entraîné la mort.

Complications fâcheuses, faute opératoire, telles ont été les causes de la mort de cet enfant.

Le *deuxième* est mort sans présenter de lésions. On ne peut ici incriminer aucun traumatisme. La tête de cet enfant est préparée et conservée dans le musée de la Clinique. Mais il était né avant terme; j'avais provoqué l'accouchement trop tôt, selon toutes les probabilités. J'étais, d'une part, trop influencé par les antécédents de cette femme (1er accouchement à terme, terminé par une basiotripsie après deux jours de travail à la Clinique de la rue d'Assas; 2e accouchement provoqué à 8 mois par moià la Maternité de Lariboisière, extraction par version

d'une fille du poids de 2,400, morte le lendemain ; 3e accouchement provoqué à 8 mois par mon collègue Champetier de Ribes à la Maternité de Tenon et terminé par basiotripsie) et d'autre part, je n'étais pas encore assez confiant dans les résultats de la symphyséotomie.

Donc, ici encore on peut m'incriminer moi, mais non la symphyséotomie.

Le *troisième* succomba comme le premier à la suite d'une fracture portant cette fois sur le frontal. Bien que l'écartement spontané des pubis fût de 3 cent. avant l'extraction, la tête s'engagea difficilement, parce qu'elle était volumineuse, et parce que aussi la prise de la tête par les cuillers avait été irrégulière. Causes de la mort : écartement préalable du bassin insuffisant et application du forceps irrégulière.

Vous le voyez ces trois enfants ne sont pas morts de la symphyséotomie, mais au contraire parce qu'on n'a pas, dans ces trois cas, demandé à cette opération tout ce qu'elle pouvait, tout ce qu'elle devait lui donner.

En effet, il faut dès maintenant définir et précise tout ce qu'on doit entendre par symphyséotomie.

L'expérience, je pourrais dire l'expérimentation clinique a démontré, je pense, ce qu'on est en droit d'attendre d'elle, mais *seulement* lorsque le nécessaire, l'indispensable a été fait.

Ce qu'elle peut donner ? Les tracés de Farabeuf fournissent la réponse avec autant de concision que de précision. Et pour cette raison je les reproduis encore ici.

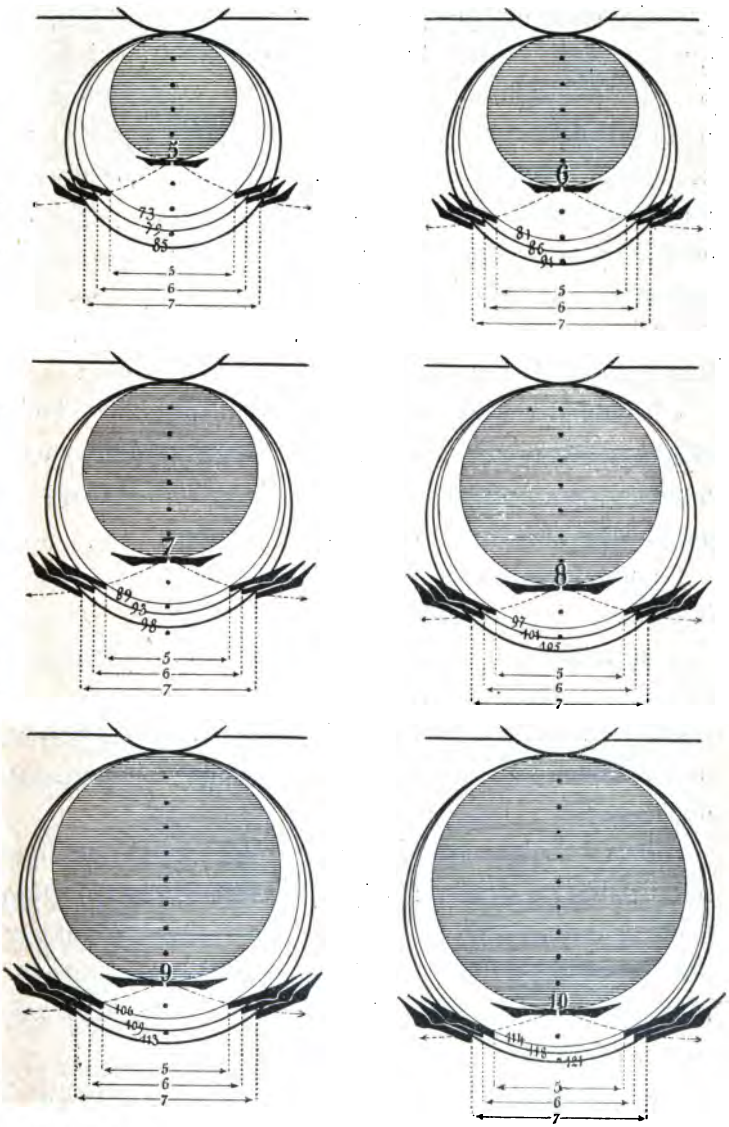


FIG. 1. — Résultats de la symphyséotomie appliquée à des bassins de **5, 6, 7 8, 9, 10** centimètres dont la capacité primitive est indiquée par les cercles teintés. Le diamètre des cercles praticables obtenus après écartement pubien de 5, 6 ou 7 centimètres est inscrit en millimètres.

Et je répète encore ses paroles · « Je prie de se rappeler que l'agrandissement du diamètre conjugué (antéro-postérieur) qui est le diamètre insuffisant, n'est pas uniformément proportionnel à l'écartement des pubis séparés : que cet agrandissement est *accéléré* , c'est-à-dire que minime pour les premiers centimètres d'écartement pubien, il croît de plus en plus pour chaque nouveau centimètre qui vient s'ajouter aux précédents. Par exemple, si un écartement pubien de 3 centim. d'écartement en plus l'allongeront de 12 millim. et non de 8 seulement.....

« N'oublions pas qu'un petit écartement pubien donne absolument, cela va sans dire, mais aussi relativement. moins qu'un grand écartement » (Farabeuf, *Annales de gynécologie* , décembre 1892, p. 404 et 106).

La clinique nous a permis de contrôler et de constater la scrupuleuse exactitude de ces affirmations.

Mais il faut qu'on sache bien que l'agrandissement, l'écartement désirable, calculé et voulu du bassin, soit produit avant toute tentative d'extraction. Cet écartement doit toujours être l'œuvre de l'accoucheur et jamais celle de l'enfant.

Il ne s'agit donc pas de couper simplement le cartilage inter-pubien pour dire : *j'ai fait une symphyséotomie.* Non, l'acte opératoire, qui au point de vue obstétrical doit porter le nom de symphyséotomie, n'a pas pour but et pour résultat la section des pubis, mais bien un *écartement voulu, nécessaire de* x *centim.*

C'est seulement quand cet écartement est obtenu que la symphyséotomie est faite.

En comprenant ainsi cette opération, il n'y aura plus, je pense, de *demi-symphyséotomistes*, selon l'expression de Farabeuf.

Pour obtenir cet écartement, il est absolument nécessaire de couper tous les moyens d'union des pubis. Cela fait on procède alors à l'agrandissement du bassin.

L'abduction des cuisses n'est pas toujours suffisante et il est nécessaire dans certains cas d'employer un instrument écarteur enregistreur.

En agissant ainsi, expose-t-on la femme à des accidents ?

L'on a dit et répété : des accidents sont à redouter, des lésions peuvent se produire soit en arrière au niveau des articulations sacro-iliaques, soit en avant au niveau de l'urèthre et de la vessie.

Je n'ai constaté aucun de ces accidents chez nos 19 opérées. La consolidation du bassin s'est toujours effectuée, alors que l'écartement avait atteint et dépassé 6 centim. ; ce qui prouve que les lésions des symphyses sacro-iliaques sont d'une importance minime. Quant aux lésions de l'urèthre, de la vessie, je n'en ai jamais vu se produire. J'ai même opéré une femme qui avait une fistule vésico-vaginale résultant d'un accouchement antérieur terminé par embryotomie et cette fistule n'a pas été agrandie pendant l'opération. Bien mieux cette fistule a disparu depuis ! Cela ne veut pas dire que je propose la symphyséotomie comme traitement des fistules vésico-vaginales ! Trois fois seulement, j'ai vu se produire une légère déchirure

vestibulo-vaginale, communiquant dans un cas au moins avec la plaie opératoire (1). Je me suis dans ces cas contenté de faire un simple tamponnement à la gaze iodoformée, et la réunion par première intention a toujours eu lieu.

Je rappelle ce que je disais dans ma leçon du 7 décembre 1892 : « Je crois qu'il serait imprudent de dépasser 7 centimètres d'écartement des pubis, et qu'il faut redoubler de lenteur dans l'extraction et faire immobiliser le bassin, lorsque l'aiguille commence à dépasser 6 centimètres. Et, si j'insiste sur ce point, c'est bien moins dans la crainte de produire des lésions au niveau des symphyses sacro-iliaques, que dans le but d'éviter des lésions des parties molles, au niveau de la vulve, du vagin et de la vessie. »

L'écartement scientifique étant ainsi obtenu, que doit-on faire? L'expérience nous a démontré, ce dont nous nous doutions déjà du reste, que l'application du forceps régulière était le procédé de choix, l'extraction par les pieds devant rester une opération de nécessité.

La situation élevée de la tête, sa mobilité au-dessus du détroit supérieur ne doivent constituer une difficulté dans l'application du forceps que pour ceux qui ne sont pas familiarisés avec cet instrument, et je doute que ceux-là tentent une symphyséotomie. En suivant la règle que nous avons formulée pour toute application de forceps, on sai-

(1) Voyez obs. VI, IX, XI, in *De la symphyséotomie à la Clinique Baudelocque pendant l'année 1892*, Steinheil, 1893.

sira toujours la tête régulièrement, quelles que soient sa hauteur et sa mobilité. Nos observations le prouvent. Une seule fois, la tête a été saisie irrégulièrement, je le reconnais, mais l'aide avait laissé tourner la première branche à l'insu de l'opérateur.

C'est en opérant ainsi que je viens de l'exposer que l'on évitera toute lésion sérieuse du côté de l'organisme maternel et du côté de l'organisme fœtal.

Quant à la consolidation du bassin, je n'ai cru pouvoir mieux faire pour vous édifier complètement sur ce qu'elle est, sur ce qu'elle devient, que de vous convier à venir ce matin à ma clinique (1). Ceux qui ont voulu voir ont pu constater chez 16 de mes opérées les résultats éloignés et récents. Pour ceux qui ne les ont pas vues, je dirai simplement que sauf les deux dernières opérées, l'une depuis 20 jours, l'autre depuis 12 jours, toutes ont repris leurs occupations, et il en est de fatigantes, car une de ces femmes est infirmière dans mon service, une autre est porteuse de pain chez un boulanger et monte les escaliers toute la journée, et pour terminer ce qui est relatif à ce sujet, j'ajouterai qu'une de mes opérées vient à pied portant son enfant de Charenton dans mon service et cela sans fatigue. Le bassin récupère donc complètement sa solidité fonctionnelle.

Vous avez pu voir également la plupart des enfants et constater que non seulement ils sont en bonne santé, mais encore qu'ils offrent un développement remarquable; et

(1) 3 retenues par leurs occupations n'ont pu se rendre à la convocation.

peut-être avez-vous partagé mon immense satisfaction de n'avoir pas été obligé de sacrifier ces enfants vigoureux, au crâne largement développé, supplice auquel nous étions condamnés il y a peu de temps encore.

En présence de résultats semblables et surtout devant le nombre de mes opérées, je crains de voir grandir ma réputation... d'interventionniste à outrance.

Je sais que j'ai cette réputation; je crois même que quelques-uns de mes amis et parmi mes plus chers, me considèrent comme un Osiander au petit pied.

J'étais interventionniste en effet, je l'avoue, mais je tiens à expliquer sinon à légitimer ma conduite antérieure.

D'abord, en quel sens étais-je interventionniste?

En cherchant à remplacer les forces naturelles, à me substituer à elle? Jamais. En cherchant à aider la nature? Oui. Et toutes mes statistiques opératoires viennent à l'appui de ce que j'avance.

Interne, chef de clinique, chef de service, j'ai tellement souffert en voyant pratiquer et en pratiquant moi-même des céphalotripsies et ensuite des basiotripsies sur des enfants vivants que j'ai toujours cherché à faire disparaître ce supplice au point de vue humain, cet aveu d'impuissance au point de vue scientifique, en un mot, cet opprobre obstétrical!

De là deux voies dans lesquelles je suis entré : les applications de forceps régulières au détroit supérieur, l'accouchement provoqué.

Oui, j'ai fait beaucoup d'applications de forceps au

détroit supérieur. M. Varnier vous l'a dit. Oui, j'ai provoqué beaucoup d'accouchements, je ne m'en suis jamais caché, j'ai toujours publié intégralement tout ce qui a été fait dans mon service et tous les résultats obtenus et je puis dire aujourd'hui en face de ces résultats : j'ai eu quelquefois à pleurer, je n'ai jamais eu à rougir.

J'attendais que d'autres plus heureux me montrassent la voie meilleure. Cette voie, tracée il y a plus d'un siècle en France, fut définitivement établie en Italie, et depuis le mois de décembre 1891, c'est dans cette voie que nous nous efforçons, Farabeuf, Varnier et moi, d'entraîner tous les accoucheurs.

Mais on trouve déjà que nous avons dépassé le but. « Vous pratiquez trop de symphyséotomies, s'écrient les uns, le murmurent tout bas les autres ».

Avant de nous incriminer, peut-être serait-il convenable de savoir dans quelles circonstances nous avons opéré. Et il est probable, pour ne pas dire certain, que ceux qui m'adressent les plus vifs reproches ignorent complètement ces circonstances. C'est pour ces raisons que nous avons publié notre bilan complet, que Varnier vous a mis entre les mains le bilan de la symphyséotomie renaissante, que Lepage a publié la statistique de toutes les opérations pratiquées à la Clinique Baudelocque pendant l'année 1892, afin que vous puissiez juger notre manière de faire en toute connaissance de cause.

Et aujourd'hui, je viens vous dire : j'ai pratiqué beaucoup moins d'accouchements provoqués, j'ai fait beau-

coup moins d'applications de forceps, je n'ai pas pratiqué en 1892 une seule embryotomie volontaire sur un enfant vivant. Et... *je n'ai pas assez pratiqué de symphyséotomies.*

J'aurais dû en pratiquer ou en faire pratiquer davantage et j'espère vous faire partager mon opinion.

En effet, j'ai eu à lutter depuis le 4 février 1892 contre 31 bassins où il y avait une dotable disproportion entre la tête fœtale et la filière pelvienne.

Dans 10 cas, obéissant aux indications anciennes, j'ai fait ou fait faire des applications de forceps.

Résultat : 10 femmes guéries.
6 enfants vivants.
4 enfants morts.

D'un autre côté, obéissant aux indicatione nouvelles : Dans 19 cas la syphyséotomie a été pratiquée.

Résultats définitifs : 19 femmes guéries.
16 enfants vivants.

Dans un cas de bassin oblique ovalaire, j'ai pratiqué l'ischio-pubiotomie.

Résultat : 1 femme guérie, 1 enfant vivant.

Enfin dans un bassin mesurant 5 centim. au détroit inférieur avec double ankylose sacro-iliaque et coxo-fémorale, j'ai pratiqué la section césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique (opération de Porro).

Résultat : 1 femme guérie, 1 enfant vivant.

En résumé : 21 femmes opérées, 21 guéries.
21 enfants extraits vivants, 18 vivants aujourd'hui.

Et je rappelle que 16 de ces femmes avaient eu antérieurement 30 grossesses s'étant terminées : 8 basiotripsie, 9 par application de forceps, 2 par version, 11 par accouchement provoqué suivi ou non d'opération, et que ces 30 grossesses, en somme, ont abouti à la naissance de deux enfants qui ont vécu.

Comparant ce passé : 30 grossesses = 2 enfants vivants, avec ce présent : 21 grossesses = 18 enfants vivants, il n'y a pas à hésiter je crois, et je me permettrai de continuer à essayer d'entraîner nos confrères de tous les âges et de tous les pays dans notre voie et je dis aux jeunes :

Soyez bien pénétrés de ce fait, qu'il est plus simple d'ouvrir un bassin que d'ouvrir une trachée, ou d'opérer une hernie étranglée, ce que doit savoir faire tout praticien.

Étudiez la symphyséotomie ; le manuel opératoire que j'ai décrit dans mes leçons, me semble le plus facile à exécuter (1). Opérez ainsi et vous n'aurez pas de complications. Ne redoutez pas ces dernières au point de tenter au préalable des applications de forceps meurtrières. Car la symphyséotomie a encore deux écueils à éviter avant de se montrer dans la plénitude de sa puissance :

(1) Je ne conseillerai qu'une petite modification pour ceux qui craindraient d'inciser trop haut. Incisez avec le bistouri sur la symphyse, allez d'emblée jusqu'à l'os. Puis avec le doigt décollez jusqu'au bord supérieur de la symphyse et coupez avec des ciseaux sur votre doigt toute l'épaisseur de la paroi, et gagnez ainsi le bord supérieur de la symphyse. Passez au-dessus, libérez toujours avec les ciseaux de façon à assurer au-dessus des pubis le libre passage du doigt protecteur. Il ne restera plus qu'à inciser le cartilage de haut en bas. Et vous n'irez ainsi jamais trop haut et vous serez sûr de ne léser aucun organe.

L'infection préalable de la mère.

Les blessures préalables de l'enfant.

Évitez l'une, ne produisez pas les autres, opérez sans crainte dans ces conditions, et je ne crois pas ni me tromper, ni vous tromper en vous disant :

Le succès vous attend. A. PINARD.

DE L'APPLICATION DU FORCEPS AU DÉTROIT SUPÉRIEUR RÉTRÉCI, EN PARTICULIER DANS SES RAPPORTS AVEC LA SYMPHYSÉOTOMIE (1).

La renaissance de la symphyséotomie aura eu, entre autres résultats, celui de trancher en faveur du forceps le débat depuis si longtemps pendant entre les partisans de ce dernier et ceux de la version dans les bassins rétrécis.

Ce n'est pas à cette heure, où la combinaison opératoire *symphyséotomie-forceps,* qui pourtant n'en est encore qu'à ses débuts, donne les résultats consignés dans la statistique, que j'ai dressée (sur 76 opérations bien réglées, 73 enfants vivants, et bien vivants ; 3 morts, l'un le 3e jour, de la provocation trop prématurée de l'accouchement, un autre le 17e jour, de pneumonie à pneumocoques, un autre, d'un vice de conformation) ; ce n'est pas, dis-je, à cette heure qu'il est utile d'insister longuement, dans une réunion d'accoucheurs français, élevés dans la préférence du forceps, sur l'élimination définitive de la version du nombre des opérations *d'élection* dans les rétrécissements pelviens.

(1) Mémoire lu à la Société obstétricale de France, le 7 avril.

Que ce soit là un résultat heureux, cela ne nous paraît pas discutable. Je me bornerai à vous citer à ce sujet quelques chiffres qui ont leur éloquence.

La version dans les bassins rétrécis, dans ces mêmes bassins qui ont donné avec la combinaison *symphyséotomie-forceps* bien conduite et dans une année d'apprentissage (j'insiste sur ce point) les résultais que vous connaissez, la version a donné, entre les mains d'un de ses plus chauds défenseurs, de Léopold, qui doit savoir la bien faire puisqu'elle est son opération de choix, une mortalité fœtale *expurgée* de 36 0/0 pour la période 1883 à 1887 sur 70 cas, et de 31,6 0/0 pour la période 1888 à 1892 sur 143 cas.

La pratique de C. Braun, pour la période 1883 à 1887, se solde par près de 30 0/0 (exactement 29,3 0/0) sur 89 cas.

Ce qui fait (c'est la conclusion même de Léopold), pour Vienne et Dresde, une mortalité fœtale expurgée de 32,1 0/0 sur 234 observations, c'est-à-dire, une mortalité fœtale *expurgée* supérieure à celle de la combinaison symphyséotomie-forceps *non expurgé* qui, vous le verrez dans un instant, est exactement de 20 morts sur 92 cas.

Il est bien évident dès lors, que pas un de nous n'ira faire courir demain, de propos délibéré, à un enfant présentant la tête au détroit supérieur rétréci ou pouvant l'y présenter, les risques d'une pareille opération, arrivée sans doute, depuis le temps qu'on la pratique, au minimum de danger qu'elle puisse comporter.

On ne saurait songer, d'autre part, à améliorer ces ré-

sultats par la section pubienne pratiquée au cours d'une version commencée et reconnue difficile ou impossible. Le temps de lever l'obstacle par la symphyséotomie, on arriverait trop tard. Tandis qu'au cours d'une extraction tentée par le forceps et reconnue impossible, la section pubienne surajoutée mènera au but, sans que le retard de 10 ou 15 minutes nécessaires pour la pratiquer puisse aggraver la situation du fœtus.

Si j'ai établi ce parallèle, c'est, Messieurs, pour faire ressortir l'importance que garde chez nous et que va prendre partout ailleurs, tout ce qui touche à l'emploi du forceps au détroit supérieur rétréci. C'est à cause de cette importance que je viens ici, au nom de l'école à laquelle j'appartiens, continuer le procès, par nous commencé ailleurs (1), du forceps dans le traitement des viciations pelviennes.

Cette conclusion à de telles prémisses, pourra surprendre ceux qui se souviennent qu'il y a quelque temps encore, nous étions parmi les plus entêtés défenseurs de ce mode d'intervention (2). C'est qu'aussi bien le point de vue a tout à coup changé. La renaissance de la symphyséotomie est en train de bouleverser de fond en comble la thérapeutique des viciations pelviennes.

L'opération césarienne conservatrice à indication rela-

(1) FARABEUF et VARNIER. *Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements*, p. 452 à 456.

FARABEUF. *Ann. de gynécologie*, décembre 1892, p. 407 à 414.

(2) G. LEPAGE. *De l'application du forceps au détroit supérieur*. Th. Paris, 1888.

tive a été abandonnée par Léopold; la basiotripsie sur l'enfant vivant, par une partie de l'école française. La version donne ce que nous venons de dire. Seul, le forceps tient bon, mais, nous l'espérons du moins, pour peu de temps encore, nous voulons dire comme acte opératoire isolé, car son union avec la symphyséotomie, s'il consent à céder le pas à celle-ci, lui assure au contraire la prépondérance sur tous ses rivaux d'antan.

La question qui se pose, à propos du forceps au détroit supérieur rétréci, est en effet celle-ci :

Doit-il continuer à précéder la symphyséotomie comme agent de démonstration de l'inutilité ou de la nécessité de cette dernière ?

Doit-il, au contraire, lui céder d'emblée le pas et ne venir qu'après elle?

Nous pensons que c'est à ce dernier rôle qu'il doit se borner et c'est ce que je vais m'efforcer de démontrer.

Je ne m'arrêterai pas longtemps au procès du forceps *dit de force* précédant la symphyséotomie, car déjà plus d'un de nos collègues se frappe, avec nous, la poitrine de ne l'avoir pas abandonné quelques mois plus tôt.

« L'enfant était bien conformé, disait l'un d'eux qui dès longtemps nous est acquis ; il devait vivre et s'il a succombé nous n'attribuons qu'une cause à sa mort, la violence même des tractions du forceps avant la symphyséotomie. Ainsi donc, le désir trop accentué de montrer l'urgence absolue de la symphyséotomie par la mise en évidence de l'inefficacité du forceps, nous a malheureusement conduit à en compromettre les résultats.

« Ceci prouve, ajoute-t-il, que dans l'application préalable du forceps, on doit se borner à des tractions modérées et qu'il ne faut pas insister quand le degré du rétrécissement est connu.

« Si le résultat de notre opération n'a pas été aussi heureux et aussi complet que possible, la cause unique est dans cette tendance toute naturelle, quoique injustifiée parfois, dans cette crainte même qu'on éprouve de rompre trop brusquement avec les anciennes méthodes ». Et d'un.

Est-il seul ? non pas.

Dans une note qu'il a bien voulu adjoindre au résumé d'un cas également malheureux qu'il nous a communiqué, l'un des doyens de l'école de France écrit :

« La mort de l'enfant est due évidemment à la première application de forceps (avant la symphyséotomie). Les bruits du cœur fœtal ont diminué de fréquence et d'intensité à partir de cette intervention, mais assez peu, au début, pour qu'on pensât à écarter la symphyséotomie. L'application de forceps préalable avait paru justifiée, au début, étant donné l'âge de la grossesse ; elle a fracturé les deux pariétaux. » Et de deux.

J'en pourrais appeler d'autres en témoignage, car sur les 20 morts fœtales dont je vous entretenais il y a quelques instants (et dont 3 déjà sont éliminées) 9 relèvent, sans discussion possible, de l'application préalable du forceps au détroit supérieur.

Est-ce surprenant ? Non ; nous allons le prouver en

nous accusant à notre tour, et nous n'allons pas nous ménager.

J'entends en effet déjà, Messieurs, l'objection qui se prépare : « Personne ici ne veut défendre l'application dite de force au détroit supérieur ».

Mais qu'est-ce donc qu'une *application de force* sinon une application quelconque de forceps au détroit supérieur rétréci ? C'est ici que porte tout le débat.

J'ignore de quelle façon nos collègues ont tiré, quoique je doute qu'ils aient usé de ce que l'on appelait naguère la violence, et que dès longtemps condamnent tous nos maîtres.

Mais je sais très bien comment l'ont tirait chez nous, avant la renaissance de la symphyséotomie.

On faisait une application de forceps, très rarement deux, et encore seulement quand la première prise n'avait pas semblé irréprochable. Un seul opérateur tirait, sans appui du pied. Quelle force déployait-il ?

Nous avons M. Pinard et moi fait l'expérience. Lui tirant des deux bras, à genoux, moi tirant des deux bras, assis à terre, les jambes sous le lit, le corps incliné en arrière, et nous n'avons jamais pu dépasser 30 kilogr.

Pour qui, il y a quelques mois, était-ce là de la violence ? Pour personne.

Et pourtant c'en est. Pajot l'a senti et a dit pourquoi. Farabeuf l'a calculée et ses chiffres effrayants sont présents à vos mémoires.

Je vous apporte aujourd'hui la preuve clinique de cette

énorme force comprimante et brisante du forceps applique au détroit supérieur et tiré, sans violence, nous le croyions du moins. Sa force comprimante était moindre que celle du céphalotribe et, à l'époque dont je parle, cela nous satisfaisait. Nous obliions volontiers les morts pour ne nous souvenir que des vivants, et j'avoue que ce n'est pas sans quelque surprise que nous avons, en faisant nos comptes, considéré notre passif, auquel seul désormais nous voulons penser.

De 1883 à 1889 à la Maternité de Lariboisière et de 1889 à 1893 à la clinique Baudelocque, dans le service de M. Pinard, sur un total de 17,000 accouchements, il a été fait, par lui ou par ses élèves dont il tient à honneur de ne se point séparer, 114 applications de forceps au détroit supérieur rétréci. Si dans ces 114 cas le forceps a été appliqué et maintenu appliqué jusqu'à l'extraction, c'est à coup sûr parce que l'on a cru qu'il pouvait aboutir sans violence; sinon on aurait fait la basiotripsie d'emblée ou secondairement.

Combien d'enfants morts sur ces 114? — 35.

Dépouillons cette statistique brute :

5 enfants étaient morts ou ne valaient guère mieux avant l'intervention; 2 sont morts plusieurs jours après de causes indépendantes de l'extraction. Restent donc 28 morts sur 107, c'est-à-dire, et j'y insiste, à Paris, entre des mains habituées à l'emploi du forceps, plus que n'a donné la combinaison symphyséotomie-forceps urbi et orbi (statistique non expurgée).

Sont-ce là, Messieurs, tous les méfaits du forceps? Non. Il y a les blessés : 6 avec enfoncement d'un frontal ou d'un pariétal. Il y a les enfants nés en état de mort apparente, qu'il a fallu de 15 à 40 minutes pour ranimer et qui, nous pouvons bien le dire, ont survécu malgré nous. Mais laissons ces derniers.

Ne retenant que les tués ou blessés, nous arrivons à 34 sur 107. Et je le répète, sans qu'on puisse parler de violence, car dans aucune de ces 114 observations, où le forceps a été appliqué dans des bassins de toutes dimensions pour extraire des enfants de toutes dimensions, on n'a noté de ces lésions qu'ont observées deux de nos collègues qui les attribuent, vous le savez (à tort selon nous), à l'application directe, promonto-pubienne, antéro-postérieure pourtant seule employée par nous.

De ces 114 femmes 2 sont mortes (une en 1884, une en 1888), de septicémie, et à l'autopsie nous n'avons rien trouvé de comparable aux lésions ci-dessus rappelées.

J'ajouterai que chez aucune, *bien que la pression maxima soit toujours rétro-pubienne*, il n'y a eu de fistules soit vésico-utérines, soit vésico-vaginales, ce qui suffit à démontrer d'une part que nos tractions ont été modérées, d'autre part qu'en les maintenant dans ces limites, que M. Pinard n'a jamais conseillé de dépasser, l'application régulière au détroit supérieur rétréci est sans danger pour la mère.

Aussi bien, si nous sommes décidés à l'abandon du forceps sans symphyséotomie, c'est, non pas pour la mère, mais pour l'enfant.

En tournant et retournant nos 107 observations et en particulier celles qui ont eu le résultat que vous connaissez, en nous remémorant ce que nous avait appris le calcul et l'expérimentation, nous sommes arrivés à ces conclusions :

1° Pour préjuger si l'application de forceps que nous tentons, qu'elle réussisse ou non, va ou non compromettre la vie de l'enfant, nous ne pouvons nous appuyer fermement :

Ni sur l'intensité ni sur la durée des tractions;

Ni sur le degré de rétrécissement;

Ni sur ce que nous pouvons savoir du volume du fœtus.

Nous ne savons jamais ce que fera le forceps; nous ne sommes pas maîtres d'en limiter l'action malfaisante. Nous tirons un numéro à la loterie. C'est de l'obstétrique empirique; ce n'est pas de l'obstétrique positive.

Telle application qui paraît réunir toutes les conditions défavorables sera couronnée de succès; telle autre dans des conditions en apparence favorables tuera le fœtus avant même de lui avoir fait franchir le détroit rétréci.

2° La théorie, je veux dire l'expérimentation, nous a d'ailleurs appris qu'au détroit supérieur nous ne pouvons demander au forceps, dans un bassin rétréci non ouvert, autre chose que cette force réductrice qui le rend si redoutable puisque, quel que soit son mode d'application, fronto-mastoïdien ou bi-pariétal, loin de corriger l'attitude asynclitique de la tête non engagée, il l'exagère fatalement et fait par conséquent tout ce qu'il faut pour empêcher l'ac-

complissement du mécanisme qu'il avait naguère encore la prétention d'exécuter.

3e et dernière conclusion : Le forceps au détroit supérieur ne sera plus appliqué par nous (l'école de Pinard), dans les bassins viciés, qu'après la symphyséotomie.

Messieurs, nous ne sommes pas les seuls à prendre cette résolution. Voici ce que dit à ce sujet le doyen des accoucheurs russes, le professeur Krassowski :

« Je tiens pour défendue toute tentative d'extraction avec le forceps, avant la symphyséotomie, parce que de telles tentatives ne peuvent que compromettre le résultat de l'opération. »

« Versuche die Extraction des Kindes mit der Zange vor der Symphyseotomie vorzunehmen, halte ich für verboten, weil solche Versuche die darauf folgende grössere Operation zu diskreditiren in stande sind. »

Nous prévoyons une grosse objection :

Par cette manière de faire vous allez multiplier, au delà de toute raison, le nombre des symphyséotomies.

A cela nous répondrons par la statistique de la clinique Baudelocque pour 1892.

Combien mon maître Pinard, dans un service où il se fait 1,800 accouchements par an, service qui a une *forte clientèle* de rétrécissements du bassin, aurait-il dû faire de symphyséotomies pour supprimer de sa pratique non pas seulement le forceps au détroit supérieur dans les bassins viciés non préalablement ouverts, mais tout ce qui fait partie de l'ancienne méthode de traitement des bassins viciés?

Pas 20; pas deux par mois.

C'est-à-dire, au total, beaucoup moins d'interventions qu'auparavant pour un résultat supérieur *comme survie fœtale*, puisque aussi bien la mortalité maternelle est chez lui hors de cause.

M. Pinard n'a fait l'an dernier que 13 symphyséotomies et, il vous l'a dit, il se repent de n'en avoir pas fait plus.

Car, sur les dix forceps au détroit supérieur que nous avons cru devoir faire au lieu et place de la symphyséotomie et qui nous avaient paru capables d'aboutir sans dommages, nous comptons :

4 enfants morts par fractures du crâne; voici les têtes de 3 d'entre eux;

1 enfant blessé (enfoncement d'un pariétal) qui a survécu sans que nous puissions nous en attribuer l'honneur.

1 enfant né en état de mort apparente, qu'il a fallu ranimer par une insufflation de 20 minutes et qui, par conséquent, n'a pas été loin de rejoindre les autres.

Soit, sur 10 enfants, 6 tués ou fortement compromis.

Sommes-nous, Messieurs, plus malheureux que d'autres?

Voici quelques chiffres qui vous prouveront que nous ne sommes pas isolés. Je ne puis parler que des statistiques publiées.

De 1860 à 1870, avec l'ancien forceps et une application qui n'avait rien d'antéro-postérieur il a été fait, dans une école d'accouchement qu'il est inutile de citer (1) :

(1) Si j'ai cité cette statistique c'est qu'elle est aujourd'hui la seule qui

15 forceps au détroit supérieur rétréci (c'est au moins ce qu'accuse la statistique).

3 de ces 15 enfants sont sortis vivants de cette école.

5 ont été extraits morts.

7 sont morts après la naissance, dont 6 dans les 48 heures, et les poids sont là pour démontrer qu'il ne saurait être question de la légendaire faiblesse congénitale. Mais c'est déjà là de l'histoire ancienne et je n'insiste pas. Voici du moderne.

Dans une autre école, depuis l'antisepsie obstétricale, *de fin* 1885 *à fin* 1891, sur 30 forceps à terme dans des bassins viciés, 14 enfants sortis vivants; 12 mort-nés ou qui n'ont pu être ranimés, 4 morts dans les jours qui ont suivi l'extraction : soit plus de 50 0/0.

En y joignant les forceps avant terme, nous avons en tout, sur 47 cas, 19 morts, soit 1 sur 2 1/2.

Si de France nous passons à l'étranger, où le forceps n'est employé, de parti pris, que dans des cas jugés *tout à fait favorables,* voici ce que nous trouvons :

A la clinique de Prague, pendant ces 10 dernières années, sur 10,000 accouchements il a été fait :

27 forceps au détroit supérieur rétréci.

Voici le résultat : 18 enfants vivants dont 9 blessés;

2 extraits morts;

---

nous permette de juger les résultats de l'application oblique, au détroit supérieur, de l'ancien forceps encore employé par beaucoup de praticiens français.

7 morts ensuite de l'accouchement, dit l'auteur (1) auquel nous empruntons ces détails, dont 6 par l'opération, soit, ajoute-t-il, 55,5 0/0 d'enfants avant subi des lésions dont ils se sont plus ou moins bien guéris ou bien auxquelles ils ont succombé. « Parmi les enfants blessés ensuite de l'emploi du forceps il en est mort 40 0/0 ». Sur ces 27 cas, Pawilk a employé 18 fois le forceps de Tarnier, 3 fois le forceps de Breus, 1 fois le forceps de Simpson, 5 fois un instrument non dénommé. Il va sans dire que dans tous les cas il s'agit d'application oblique, l'application antéro-postérieure étant considérée à Prague comme ne pouvant être réalisée que sur le mannequin.

A l'Institut de Dresde, dans le service de Léopold (2), où le forceps n'est employé, comme à Prague, que là où la version est jugée impossible : sur 19 forceps au détroit supérieur 4 morts et 5 blessés, savoir : enfoncement d'un pariétal, 4 ; fracture du frontal, 1. Là encore il s'agit d'application oblique.

Comme vous, Messieurs, j'ai hâte d'en finir avec ce massacre d'innocents et je passe à la seconde partie de cette étude, je veux dire à *l'application du forceps au détroit supérieur rétréci, après symphyséotomie.*

Le bassin une fois ouvert, bien ouvert, l'application de

---

(1) M. Bourcart. *Contribution à l'étude de l'emploi du forceps et de la version dans les bassins rétrécis.* Genève, 1892.

(2) Munchmeyer. Ueber die Entbindungen mittels der Zange an der königl. Frauenklinik in Dresden. *Arch. f gynäk.*, t. XXXVI, H. 1, p. 19. Berlin 1888.

forceps perd ses inconvénients (2) pour ne garder que ses avantages. C'est l'intervention de choix. La version ne doit être qu'une opération de nécessité.

S'il en fallait une démonstration, vous la trouveriez dans la statistique que j'ai dressée.

Dans les 12 cas où la version a été pratiquée, après symphyséotomie, il y a 5 enfants morts dont 1 seulement de causes indépendantes de l'extraction; cette mortalité considérable n'est pas pour nous suprendre.

Tandis que l'intervention finale peut se résumer ainsi pour le forceps : forceps, extraction facile, voici ce qui s'est passé dans un cas heureux de version après symphyséotomie, celui de Garrigues. Je traduis textuellement : Immédiatement après la rupture des membranes « je poussai ma main le long de la face du fœtus, je saisis les deux pieds à la fois et les attirai en bas; mais la tête ne remontant pas, je plaçai un lacs autour de la cheville de l'un d'eux dans le vagin et l'attirai au dehors », après quoi j'amenai l'autre jambe.

« Les bras furent aisément extraits, mais la tête offrit une résistance considérable à l'extraction. Le cordon faisait un double circulaire autour du cou ; il fut dégagé et on fit passer le corps au travers. Je dus introduire *l'index et le médius dansl a bouche de l'enfant, et, bien que de cette façon j'obtinsse la flexion complète, je dus tirer de toutes mes forces sur les épaules de l'enfant, mais sans succès*. J'employai alors la *méthode dePrague*, c'est-à-dire que je saisis

(2) FARABEUF et VARNIER. *Loc. cit.*

les deux pieds et que je les portai brusquement et énergiquement en haut sur le ventre de la mère, mais sans résultat.

« *Je revins donc à la méthode de Smellie;* et pendant que le méconium s'écoulait et qu'un des assistants déclarait aux amis, qui, en dépit de toutes les supplications et remontrances, persistaient à rester témoins de l'opération du commencement à la fin, que l'enfant était perdu, je le sentis sucer mes doigts et aussitôt je pus l'extraire sans même déchirer le périnée.

« L'enfant pesait 3400 grammes, et le bassin avait 10c de conjugué diagonal.

« Né en état de mort apparente, il a pu être ranimé. »

En voilà un qui certes avait la vie dure ! Combien de fois sur 100 sera-t-on aussi heureux ?

Je pourrais vous citer d'autres observations, mais vraiment cela me paraît superflu ; je ne pense pas que nous voulions, pour jouer la difficulté, reprendre à notre compte la version quand ses partisans étrangers l'abandonnent pour le forceps en faveur duquel nos maîtres ont si longtemps combattu. La version et l'extraction consécutive comportent pour l'enfant de sérieux dangers, alors même que le bassin est normal; elle doit donc ici céder le pas au forceps chaque fois que la tête se présente ou peut être ramenée au détroit supérieur. C'est d'ailleurs ainsi que la question a été envisagée partout.

J'ai dit, Messieurs, le forceps après symphyséotomie n'a plus que des avantages. Mais *à deux conditions* sur les-

quelles, depuis plus d'un an mes deux maîtres Farabeuf et Pinard ont longuement insisté.

Ces deux conditions sont les suivantes :

1° *Il faut que la symphyséotomie soit complète, c'est à-dire que le ligament sous-pubien soit divisé.*

2° *Il faut que le bassin soit dilaté avant l'intervention finale, c'est-à-dire que les pubis soient écartés d'emblée de la quantité reconnue nécessaire, d'après l'évaluation faible du promonto-pubien minimum et l'estimation à* 95 *millim. en moyenne du bi-pariétal fœtal.*

Léopold a donné un conseil funeste le jour où il a dit qu'on pourrait se borner à une section partielle de la symphyse; il dit encore à l'heure actuelle qu'il faut respecter au moins le ligament sous-pubien (1).

Farabeuf (2) a montré combien cette pratique était irrationnelle et, pour ce qui touche au forceps, Harajewicz de Cracovie et Zweifel de Leipzig se sont chargés, à leur grand dommage, de la démonstration clinique (3).

J'ai rapporté tout au long ces 2 observations dans le *bilan de la symphyséotomie au* 31 *mars* 1893 et vous verrez que, du fait de la symphyséotomie incomplète, 2 morts viennent s'ajouter aux 3 indépendantes de l'intervention et aux 9 causées par l'application de forceps précédant la section pubienne, ce qui fait déjà 14 *morts sur* 20 *dont la combi-*

---

(1) *Arbeiten aus der königl. Frauenklinik in Dresden.* T. 1, p. 384, Leipzig, 1893.

(2) *Loc. cit.*

(3) Voyez plus hant, p. 287 et 293.

naison symphyséotomie-forceps ne peut être considérée comme responsable.

Restent donc 6 morts pour lesquelles peut se poser a question de responsabilité de la symphyséotomie.

Vous trouverez 4 de ces observations (4) aux pages 297 à 303 de ma brochure et vous verrez que la mort du fœtus est due à la non observation de ce précepte élaboré au laboratoire de Farabeuf et formulé par Pinard dès le 15 février 1892, à la suite de son premier échec : « Je ne m'arrêterai qu'après avoir pu passer à l'aise le doigt entre les pubis dans toute leur hauteur. Et même je voudrais alors, avant toute tentative obstétricale, m'assurer, en provoquant une prudente abduction des cuisses, que la section est complète, qu'il ne reste rien en avant dont le fœtus ait à triompher par la violence et au péril de sa vie, c'est-à-dire que les pubis peuvent s'écarter de 4 à 6 centimètres. » Et Farabeuf résume l'opération en ces 2 temps : 1° *symphyséotomie* ; 2° *double symphyséoclasie postérieure.*

En résumé, Messieurs, à ces conditions seulement qu'elle sera faite d'emblée qu'elle sera complète, que l'écartement préalable à l'emploi du forceps sera celui qu'aura démontré nécessaire et possible le calcul préalable, que la traction du forceps régulièrement appliqué sera reportée aussi en arrière que possible, ce que permet seul le forceps à traction axile, la symphyséotomie donnera les succès sans mélanges que l'on est en droit d'attendre d'elle.

H. VARNIER.

(4) Les 2 autres sont celles de Novi (p. 270) et de Potocki (p. 342).

DU TRAITEMENT IMMÉDIAT DES DÉCHIRURES DU PÉRINÉE APRÈS L'ACCOUCHEMENT (Suite).

Par le Dr **Wallich**, chef de laboratoire de la clinique obstétricale de la Faculté (Clinique Baudelocque).

On peut objecter aux fils de catgut de se désagréger, et de se résorber trop tôt, ce reproche ne peut leur être fait au sujet de la périnéorrhaphie. Si ces fils sont convenablement préparés (1), ils conservent leur solidité bien au delà du temps nécessaire à la réunion.

Ils ne coupent pas les tissus, et présentent l'immense avantage de pouvoir être abandonnés dans la plaie, d'être résorbés, sans qu'on ait jamais à les enlever. Aussi c'est sur les fils de catgut que doivent se porter les préférences. Nous verrons tout à l'heure dans quelles conditions il est bon de recourir aux crins de Florence. (Les crins de Florence doivent être conservés dans une solution d'eau phéniquée à cinq pour cent.)

Ceci dit, nous allons examiner trois cas particuliers, qui peuvent assez bien caractériser les types de déchirures que l'on aura à traiter dans la pratique.

(1) Voici la préparation du catgut recommandée par M. Pozzi dans son *Traité de gynécologie* : « Après une heure d'immersion dans la solution « aqueuse de sublimé à un pour mille, je plonge les rouleaux de catgut dans « l'essence de bois de genévrier, qu'il ne faut pas confondre avec l'huile de « baies de genévrier. Ils trempent dans cette substance au moins pendant « huit jours. Ils sont ensuite retirés et conservés dans l'alcool rectifié, « additionné d'un dixième d'essence de genévrier ». On peut aussi avec M. J. L. Championnière, à l'instar de Lister, préparer le catgut suivant la méthode suivante : on fait macérer au moins pendant cinq ou six mois le catgut dans le mélange suivant : acide phénique cristallisé, vingt grammes, eau, deux grammes, huile d'olives, cent grammes. On fait fondre dans l'eau l'acide phénique, puis on émulsionne l'huile en agitant vigoureusement. Ces fils sont sortis de ces liquides conservateurs au moment de l'opération et mis à tremper dans la solution antiseptique dans laquelle baignent les instruments. Cette immersion les débarrasse des substances irritantes, dans lesquelles ils ont dû être conservés, et qui, sans cette précaution, pourraient causer une vive irritation.

1er Cas. — *Rupture incomplète, superficielle, n'intéressant que la muqueuse vaginale au niveau de la fourchette, et la peau du périnée sur une longueur variable.*

Aussitôt après la délivrance, la femme est placée en travers du lit, on fait la toilette des organes génitaux externes. On donne une injection vaginale antiseptique, en rinçant soigneusement avec les doigts les parois du vagin; puis on introduit dans cet organe une lanière de gaze iodoformée, qui va former barrière à l'écoulement, ou au suintement sanguin de l'utérus, laissant ainsi le champ opératoire à découvert pendant l'opération, et empêchant l'imbibition de la plaie pendant les premières heures de la réunion. On touche les surfaces saignantes de la plaie avec un tampon d'ouate imbibée d'eau phéniquée forte (acide phénique et glycérine parties égales cinq grammes pour cent grammes d'eau), puis avec les ciseaux on ébarbe les lèvres de la plaie, de façon à en régulariser les bords et à enlever les parties déchiquetées, puis l'on procède à la suture.

On prend un fil de catgut, mis, dès le commencement de l'opération, à tremper dans la solution d'eau phéniquée forte à 5 0/0, ce fil de catgut doit avoir une longueur de 30 à 40 centim., suivant l'étendue de la plaie, et l'on pratique une suture en surjet, suivant le procédé classique décrit dans tous les traités de petite chirurgie; cette suture a été préconisée dans les sutures du périnée par Bröse, et introduite en France, dans cette opération, par le Dr Doléris en 1885, qui préconisa énergiquement l'intervention immédiade dans les déchirures du périnée. Nous verrons dans le prochain numéro le manuel opératoire de la suture.

(*A suivre.*)

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

REVUE PRATIQUE
D'OBSTÉTRIQUE
ET DE PÆDIATRIE

Avril 1893

SOMMAIRE :

De la délivrance dans l'avortement (fin), par H. VARNIER.... 97
Pathogénie, diagnostic et traitement des anémies de la première enfance, par P. LE GENDRE..... 118

DE LA DÉLIVRANCE DANS L'AVORTEMENT
(*Fin.*) (1)

Avant de décrire le manuel opératoire du curettage digital dont nous avons exposé les résultats dans le numéro de février, il nous reste à dire quelques mots de l'accident *hémorrhagie* au cours de la rétention proprement dite de l'arrière-faix.

Il s'agit, bien entendu, des hémorrhagies qui surviennent lors du décollement du placenta retenu adhérent en totalité, et non pas de celles, étudiées dans les premiers chapitres de cette Revue, où le placenta est partiellement décollé au moment même où se produit l'avortement.

Les hémorrhagies dont nous voulons parler, indication du curettage digital au cours de la rétention proprement

(1) Voyez *Revue pratique*, décembre 1892, janvier et février 1893.

dite, peuvent être appelées *tardives*. Elles surviennent, après un temps variable de silence utérin, au moment où le placenta perd ses connexions avec la paroi, où il est mûr pour l'élimination. On a vu ce décollement, et par suite les hémorrhagies, ne se produire dans certains cas exceptionnels que 2 et 3 mois après l'expulsion du fœtus. Dans un cas que nous venons d'observer, ce n'est qu'un mois après la fausse couche que se montrèrent les hémorrhagies. Je rapporte ci-dessous l'observation in extenso car elle montre bien, — en même temps que la physionomie particulière de ces hémorrhagies retardées, beaucoup plus rares, disons-le tout de suite, que les accidents septiques, — les bons résultats du curettage digital.

Observation XXIII

P. R..., 35 ans, est apportée à la clinique Baudelocque le 20 mars 1893, à 5 heures du soir.

Ses antécédents sont les suivants : 7 grossesses antérieures. La 1re s'est terminée par un avortement au 6e mois ; les cinq autres ont évolué jusqu'à terme. Accouchements spontanés, enfants vivants. 4 sont encore vivants actuellement ; un est mort à 15 mois.

7e grossesse : R... a eu ses règles pour la dernière fois du 12 au 17 octobre 1892.

Vers le 12 février (la grossesse n'ayant pas encore atteint le 4e mois) survinrent des hémorrhagies abondantes pour lesquelles un médecin fut consulté. Il prescrivit des injections chaudes. Les pertes continuèrent et le 26 février il y eut expulsion d'un fœtus « de coloration rouge noirâtre » ; on crut à l'expulsion simultanée de l'arrière-faix.

Après quinze jours de repos au lit, tout écoulement ayant eut cessé, R... reprit ses occupations.

Le 19 mars au matin, cette femme, qui se croyait guérie, eut une hémorrhagie très abondante.

Un médecin ordonna des injections chaudes. Le 20 mars, à 5 heures du matin, hémorrhagie très grave pour laquelle notre confrère pratiqua le tamponnement d'attente à l'ouate sublimée. Il me fit prier d'aller voir sa cliente que je trouvai à 2 heures de l'après-midi dans un état fort alarmant : pouls petit et très rapide, pâleur extrême, décoloration des muqueuses, état syncopal. Pas d'hémorrhagie externe, mais utérus développé, remontant à 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic, évidemment distendu par des caillots. Température normale.

Je fis transporter R... d'urgence à la clinique Baudelocque, en priant le chef de clinique, mon collègue Lepage, de pratiquer immédiatement le curettage digital.

A l'arrivée à la clinique, Lepage constate ce qui suit : pâleur, bourdonnements d'oreilles, pouls à 125, petit, filiforme. R... est placée sur un brancard, la tête en bas et transportée au pavillon Tarnier. Immédiatement, après désinfection des organes génitaux externes, on retire le tampon qui se compose de deux bourdonnets d'ouate dont le plus profond est très imbibé de sang ; aussitôt il s'échappe de l'utérus une grande quantité de sang noir coagulé.

Lepage se met en devoir de pratiquer la délivrance artificielle, sans chloroforme vu l'état de la malade à laquelle on fait, avant toute intervention, une injection de 30 grammes de sérum artificiel dans la fesse gauche.

La main droite est introduite dans le vagin; deux doigts pénètrent très aisément dans l'utérus, extraient les caillots qui s'y trouvent encore et reconnaissent le placenta en grande partie décollé, mais retenu par l'adhérence de quel-

ques cotylédons à la partie supérieure de la paroi antérieure. Il est décollé complètement et extrait sans aucune difficulté. Irrigation intra-utérine antiseptique et chaude pendant 5 minutes. Tamponnement utéro-vaginal à la gaze iodoformée. L'hémorrhagie a cessé aussitôt après l'extraction de l'arrière-faix.

Suites normales.

R... sort de la clinique en parfait état le 3 avril (13e jour).

La lecture de l'observation précédente fait comprendre la fréquence des erreurs de diagnostic commises à propos de ces hémorrhagies tardives, lorsqu'on n'a pas assisté à l'expulsion du fœtus, et constaté à ce moment la non expulsion de l'arrière-faix. La plupart du temps les renseignements fournis par la malade ou par l'entourage ne peuvent qu'égarer encore le praticien. Cazeaux a bien mis en relief la physionomie caractéristique de ces cas.

« La malade, dit-il, se croyant guérie, a repris peu à peu ses occupations habituelles, lorsque tout à coup, et sans cause connue, quelques douleurs intermittentes se font sentir dans le bas-ventre, et du sang s'écoule par la vulve. La malade néglige quelquefois ces premiers accidents ; mais ils persistent en augmentant d'intensité, et la forcent à leur prêter attention : c'est que le placenta, devenu corps étranger, irrite par sa présence les parois utérines, et sollicite enfin leurs contractions. Celles-ci détruisent les adhérences utéro-placentaires, et le délivre, en grande partie décollé, est *à peu près* libre dans la cavité de la matrice.

« Ce décollement s'accompagne toujours d'une hémor-

rhagie qui peut devenir très abondante. Le col de l'utérus se dilate avec peine pour laisser passer le corps étranger, de sorte que celui-ci (adhérent encore en partie) continuant à séjourner dans l'utérus entretient l'hémorrhagie en s'opposant à la rétraction complète de l'organe ; de façon que si l'art n'intervient pas à propos, la vie peut être mise en danger par l'abondance de la perte.

« Et ce qu'il y a de plus fâcheux, c'est que si le médecin n'a pas assisté à la fausse couche, s'il n'a pas examiné avec soin tous les caillots, les personnes qui se trouvaient présentes ne manquent pas de lui dire que le fœtus et le placenta ont été expulsés en même temps, et s'il croit à leur récit la cause de l'accident peut lui échapper. J'ai été plusieurs fois appelé pour des cas semblables, et toujours les personnes que je questionnais m'affirmaient que le délivre était sorti. »

L'observation suivante, due à mon maître M. Duguet, met bien en relief cette cause d'erreur et les conséquences qu'elle entraîne au point de vue thérapeutique.

Observation XXIV (Duguet).

V. G..., âgée de 22 ans, couturière, habitant un petit village près de Villers-Cotterets, me fit appeler dans les premiers jours d'avril pour remédier à des pertes qu'elle avait depuis 5 mois, et que deux médecins des environs qui la soignaient ensemble, croyaient devoir rapporter à un cancer de l'utérus.

Au premier abord, voici ce qui frappe à la vue de cette femme : elle est couchée, son visage est d'une pâleur cireuse, avec bouffissure notable et flaccidité des joues ; les yeux

manquent de vivacité, mais le facies n'est point grippé et n'indique point la souffrance. Toute la surface du corps présente la même teinte cireuse, et les muqueuses buccale, nasale, pharyngienne et oculaire sont à peine teintées de rose. L'amaigrissement ne paraît point notable.

Souffle très marqué au premier temps, à la base et à gauche, se prolongeant dans les vaisseaux du cou. Si la malade se lève, les battements du cœur augmentent de fréquence, des palpitations se montrent avec de la dyspnée et tendance à la syncope.

Les parties génitales sont le siège d'un écoulement sanguinolent, nauséeux, non fétide. Tout semble donc se résumer en deux points principaux, à savoir : Comme accidents généraux : *anémie profonde* ; comme accidents locaux : *pertes utérines*.

Antécédents de la malade : Elle est d'une famille où l'on ne connaît point les maladies héréditaires, et en particulier le cancer. Dans son enfance, elle a toujours été bien portante, bien réglée depuis l'âge de 15 ans. Mariée depuis 5 ans, elle a eu un enfant bien portant et une fausse couche plus tard.

Il y a 7 mois, au milieu de la santé la plus florissante, les règles furent à peine marquées. *Le mois suivant, elles ne parurent point. Un mois après, sans raison apparente, elles se montrèrent, mais plus abondantes que de coutume, avec des caillots qui ne furent point soigneusement examinés* ; la malade eut, cette fois, des coliques violentes, et bien qu'elle eût déjà fait une fausse couche, elle ne songea pas qu'elle en faisait une seconde, parce qu'elle ne se croyait pas enceinte.

Toujours est-il qu'à partir de ce moment, et après l'évacuation des caillots, le sang ne s'arrêta point ; il devint plus clair, jaunâtre, sans caillots nouveaux ; les coliques se cal-

mèrent et tout se borna à une perte continuelle d'une sérosité sanguinolente et quelquefois du sang pur sans odeur bien fétide.

Au bout de quelques jours, la malade sentait ses forces décliner ; son teint qui était frais et rose se mit à pâlir à vue d'œil, ce qui la détermina à consulter un médecin du village voisin. Celui-ci, en face d'une perte qui durait depuis bientôt un mois et dont l'abondance aurait suffi pour affaiblir singulièrement la malade, examina l'utérus et lui trouva des choses si *singulières* qu'il n'osa pas se prononcer sans s'être adjoint un autre confrère du voisinage. Tous deux, d'un commun accord et après mûr examen, conclurent à un cancer utérin, à un *ulcère* de mauvaise nature qu'il fallait détruire sur place au plus vite. Ils convinrent d'employer le nitrate acide de mercure, et cette cautérisation fut pratiquée à l'aide du spéculum, tous les deux jours, avec une ponctualité religieuse. La malade ajoute que cette cautérisation était pour elle un affreux supplice. Or, après quatre mois de cautérisations, et n'ayant rien obtenu qu'une légère augmentation des pertes, dont l'aspect était devenu un peu plus puriforme, les deux médecins croyaient tenir la preuve de leur diagnostic primitif, et c'est alors que, désespérés eux-mêmes, ils engageaient la malade à faire le voyage de Paris. Il était bon, après ces données, de pratiquer l'examen.

L'index, introduit à peu près jusqu'à moitié de la hauteur du vagin, rencontre des parois irrégulières, rugueuses, saillantes par places ; et l'on ne peut se défendre de croire parfaitement tout d'abord à un envahissement des parois du vagin par un cancer. Cette lésion bizarre s'étend profondément jusque sur le col utérin, que le doigt trouve d'ailleurs parfaitement sain, à part un léger degré de gonflement et une faible dilatation du col capable de recevoir encore l'extrémité de la sonde d'argent.

En soulevant l'utérus avec le doigt, on le trouve mobile en tous sens, et l'on y éveille à peine de la douleur; mais sa masse semble un peu lourde et son volume paraît en rapport avec celui du col. En effet, à l'aide de la main gauche appliquée de son côté sur le bas-ventre qu'elle déprime doucement on parvient à saisir l'utérus entre elle et l'index de la main droite, par ses deux extrémités, et il est facile de se convaincre qu'au lieu de mesurer 7 centimètres de longueur, il en mesure de 10 à 12; que d'ailleurs le fond, plus volumineux et plus élevé que d'ordinaire, est lisse, régulier et à peine douloureux.

L'examen au spéculum, pratiqué séance tenante, fait voir le vagin parsemé de cicatrices de toutes grandeurs et de toutes formes. Quelques-unes sont couvertes de plaques blanchâtres; plusieurs de ces plaques se détachent avec le pus qui est assez abondant, et laisse au-dessous d'elles une dépression rosée de la muqueuse. Le col a une rougeur peu intense; il n'est aucunement ulcéré; il paraît légèrement entr'ouvert.

Dès lors, il est de toute évidence que les cautérisations n'ont porté, depuis quatre mois, que sur le fond du vagin et nullement sur le col; que ce dernier, en somme, n'est point le siège d'un ulcère de mauvaise nature et qu'au contraire l'utérus entier, corps et col, est trop volumineux; la lésion se trouve donc étendue à tout l'utérus, et l'on ne peut guère opter qu'entre trois choses: un cancer, un polype, ou un délivre retenu dans la cavité.

Un cancer? mais l'âge peu avancé de la femme, l'absence d'une semblable diathèse dans la famille, la soudaineté du début, l'absence de douleurs spontanées à l'utérus, la nature de l'écoulement qui n'est point fétide, le siège insolite enfin du cancer dans le corps de l'utérus, tout devait nous le faire rejeter.

Un polype ? mais ici encore la rareté de ces productions à un âge aussi peu avancé, la régularité du développement de l'utérus, le peu d'ouverture du col nous éloignaient de cette idée.

Un placenta retenu répondait bien mieux à l'existence d'une fausse couche indubitable à laquelle avaient immédiatement succédé les accidents.

Voici ce que j'ordonnai : 1° Potion avec 20 gouttes de perchlorure de fer ; 2° 30 centigrammes d'extrait aqueux de seigle ergoté en six pilules, de deux heures en deux heures ; 3° injections vaginales à la ratanhia ; 4° bon vin, bonne nourriture.

Le lendemain, même prescription ; et le soir même, au milieu de quelques coliques et d'une légère perte de sang pur, la malade rendait une petite masse charnue ; le surlendemain toute hémorrhagie avait cessé. Au bout de trois jours la malade pouvait se lever et, après trois semaines de traitement au fer et au quinquina, elle était devenue fraîche et rose et voyait ses règles comme autrefois.

Le microscope permit de reconnaître un certain nombre de villosités : le placenta mesurait un peu plus de 4 centimètres en hauteur, 2 1/2 dans sa plus grande largeur.

Les hémorrhagies aussi tardives et aussi prolongées sont heureusement fort rares. Même moins retardées et moins persistantes elles ne sont pas un accident commun de la rétention placentaire. C'est ainsi que dans la statistique de Lariboisière et de Baudelocque qui, je le rappelle, porte sur 530 cas d'avortement dont 33 compliqués de rétention, une seule fois on a dû intervenir pour des hémorrhagies tardives. Voici cette observation unique :

Observation XXV

Louise L..., 35 ans, cuisinière, entrée le 23 janvier.

Réglée à 16 ans, régulièrement.

VII pare : 3 premières grossesses, accouchements normaux, enfants vivants. 4e, 5e et 6e grossesses, avortements de 2, 4 et 6 mois. Même père pour toutes les grossesses.

D. R. 28 septembre au 4 octobre.

Perte de sang le 31 décembre.

Avortement fait en ville. Rétention du placenta.

Cette femme est arrivée à la clinique disant avoir expulsé le 16 un embryon de 2 c. 1/2 environ. Elle ne perd pas de sang.

27 janvier. Légère perte sanguine.

9 février, 10 h. 1/2 soir. Hémorrhagie assez abondante, arrêtée par des injections vaginales chaudes.

Le 10, 1 h. matin. Nouvelle perte. Pouls petit, visage pâle.

1 h. 1/2. Introduction du ballon Champetier par M. Potocki, 250 gr. de liquide.

L'hémorrhagie s'arrête immédiatement ; les contractions utérines deviennent fréquentes.

8 h. matin. Expulsion spontanée du ballon.

8 h. 1/2. Orifice utérin dilatable comme 2 francs.

Le placenta s'engage dans le col : une hémorrhagie se produit. M. Potocki pratique la délivrance artificielle sous le chloroforme. Décollement du placenta assez difficile avec 2 doigts. Durée, 20 minutes.

Extraction de la presque totalité. Poids : 50 gr. Il ne reste sur la face antérieure de l'utérus que des reliefs de cotylédons placentaires, trop adhérents pour être détachés avec les doigts. Injection intra-utérine : le liquide sort clair. Peu de sang perdu pendant la délivrance.

Sortie le 18 février 1891. Guérie.

Nous sommes maintenant en mesure de préciser les *indications* du curettage digital dans la rétention placentaire consécutive à l'avortement.

Quel que soit le terme de la grossesse auquel ait eu lieu l'avortement, qu'il s'agisse d'un avortement ovulaire, embryonnaire ou fœtal, il y a indication au curettage digital chaque fois qu'après l'expulsion du fœtus il y a, au cours des suites de couches :

1° Des hémorrhagies graves par leur abondance ou leur répétition ;

2° Des symptômes de septicémie.

Je n'ai pas dit : chaque fois qu'*au cours de la rétention des annexes* il y a hémorrhagies ou septicémie — afin que le praticien n'oublie pas que, même dans les cas où la délivrance lui a *paru* complète et surtout dans ceux où on lui affirme qu'elle l'a été, il doit en pareille circonstance toujours pratiquer l'exploration digitale et le nettoyage de la cavité utérine.

L'indication du fait de l'hémorrhagie saute aux yeux. Celle qui résulte de la septicémie demande à être précisée.

Nous avons vu Pajot conseiller d'attendre, pour intervenir, *l'apparition de l'odeur*. « La limite de l'expectation, disait-il, c'est l'apparition de l'odeur. Dès ce moment la vie de la femme est en danger. » Elle l'est avant ; et plus d'une avortée a succombé de septicémie, chez qui l'odeur dite caractéristique a fait absolument défaut. Nous sommes ici absolument de l'avis de Doléris : « L'odeur démontre

que l'ennemi est déjà solidement établi dans la place. » Aussi ne saurions-nous trop insister sur le danger de l'ancienne pratique.

De tout ce que nous avons vu depuis bientôt dix ans nous avons tiré cette conclusion thérapeutique :

« Toutes les fois qu'une femme qui a fait un avortement n'a pas des suites de couches absolument physiologiques, mais présente, dans les jours ou dans les semaines qui suivent, *une élévation de température*, on doit penser à la rétention d'une partie ou de la totalité de l'arrière-faix, et pratiquer sans tarder l'exploration intra-utérine digitale et le nettoyage de la cavité s'il y a lieu. »

Manuel opératoire. — Deux cas sont à considérer :

1° Le col est perméable ou paraît aisément dilatable ;

2° Le col est fermé, non perméable ou paraît difficilement dilatable.

Supposons tout de suite le cas le plus difficile : il y a 3 semaines, un mois que le fœtus a été expulsé ; survient une indication au curettage. Le toucher vaginal montre que si l'orifice externe et une partie du canal cervical n'opposent pas de résistance notable, l'orifice interne est fermé ou trop rigide pour qu'on puisse espérer triompher de sa résistance, sous le chloroforme, par des moyens relativement doux (dilatation digitale extemporanée).

Il faut d'abord rouvrir l'utérus; et nous ne connaissons pas pour cela de moyen à la fois plus efficace, plus rapide et plus physiologique que les ballons de petit volume à la fois excitateurs et *dilatateurs*.

C'est dire qu'en pareil cas nous n'avons recours ni aux ballons de Tarnier ni aux ballons de Barnes. Ils ont en effet, pour cette besogne spéciale, le grand désavantage

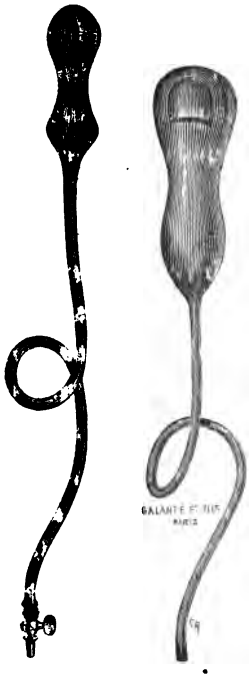


FIG. 1. — Dilatateurs en forme de sablier de Robert Barnes.

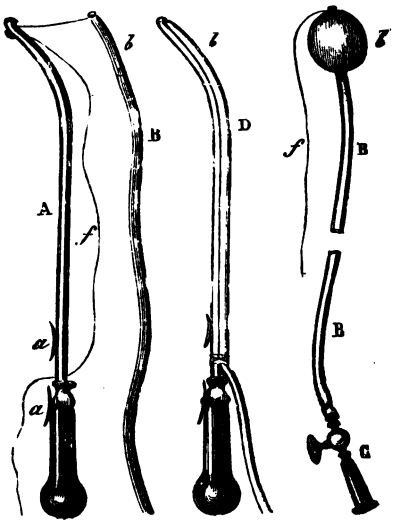


FIG. 2. — Dilatateur intra-utérin de Tarnier. A. Conducteur. — B. Tube en caoutchouc. — C. Douille à robinet destinée à recevoir la canule d'une seringue à injections. — *a. a.* Ressorts servant à arrêter le fil *f.* — *b.* Extrémité dilatable du tube en caoutchouc. — *f.* Fil destiné à fixer le tube sur le conducteur.

d'être à la fois *trop malléables* et *trop peu résistants*. Ou ils crèvent lorsque la contraction utérine qu'ils ont réveillée les pousse contre un orifice solidement rétracté; ou ils

se laissent étirer au travers d'un orifice qui consent à prêter un peu et sont expulsés avant de lui avoir imposé la dilatation nécessaire pour le curettage. C'est ce que montre bien la très curieuse observation de mon collègue et ami Oui, chef de clinique à la Faculté de Bordeaux.

Observation XXVI (Oui).

Le 4 août dernier, à 6 heures 1/2 du soir, M. Duffau-Lagarosse, interne des hôpitaux, amenait à la Clinique, au moment où je me préparais à partir, une femme qui venait d'entrer dans son service.

Cette femme lui avait raconté que, le 15 juillet, elle avait perdu une assez grande quantité de sang et que, le 28 juillet, c'est-à-dire deux semaines après cette hémorrhagie, elle avait constaté l'écoulement par le vagin d'une grande quantité de liquide clair. Ses règles ayant disparu depuis le mois de mars dernier, cette femme, qui est une V pare, se savait enceinte et ayant eu, dans la journée, quelques contractions utérines douloureuses, elle ne doutait pas qu'elle ne fût sur le point d'avorter.

M. Duffau-Lagarosse pratiqua le toucher et constata la présence dans le vagin d'une longue anse du cordon ombilical. Il nous amena aussitôt la malade.

J'examinai à mon tour cette femme. Je constatai que l'utérus, de forme ovoïde normale, remontait à trois travers de doigt environ au-dessous de l'ombilic. On n'y sentait aucune partie fœtale et l'auscultation ne donnait que des résultats négatifs. Pratiquant alors le toucher, je trouvai le cordon dans le vagin et, l'attirant doucement à la vulve, je pus l'examiner et voir qu'il était absolument flétri et avait pris une teinte d'un gris brunâtre. Renouvelant mon exploration, je trouvai le col profondément déchiré et je pus par-

courir facilement avec le doigt toute l'étendue du canal cervical jusqu'à l'orifice interne que je trouvai serré sur le cordon. Je retirai mon doigt enduit d'une petite quantité de sang noirâtre et exhalant une odeur des plus désagréables. A ce moment la femme n'avait plus de contractions utérines.

Le diagnostic ne pouvait faire aucun doute. Nous nous trouvions en face d'un cas de rupture prématurée des membranes au cours d'un avortement; le fœtus avait succombé soit avant, soit rapidement après cette rupture, et, au moment où nous nous trouvions, la putréfaction du contenu de l'utérus était commencée (comparez avec l'observation XI, janvier 1893, p. 5). Évidemment cette femme n'était pas encore infectée (température axillaire, 37°,2); mais chaque minute de retard pouvait avoir les conséquences les plus funestes. Si nous attendions que l'avortement se fît seul, notre attente pouvait être longue. Pendant ce temps, la putréfaction eût accompli entièrement son œuvre, l'infection se serait produite tôt ou tard, au moment même où elle fût devenue inutile.

Je résolus donc de profiter des circonstances favorables où nous nous trouvions pour intervenir immédiatement et terminer sans retard un avortement qui, laissé à lui-même, semblait devoir se prolonger. Empêcher le plus possible l'accès de l'air (?) dans la cavité utérine tout en excitant les contractions de l'utérus, telles étaient les indications à remplir.

J'eus recours alors au ballon excitateur du professeur Tarnier qui, dans ce cas, réunissait ces 2 conditions. Introduit et gonflé dans l'utérus, il allait exciter les contractions; reposant sur l'orifice interne, il allait l'obturer et s'opposer à l'accès de l'air (?); poussé à travers le canal cervical par la contraction utérine, il allait, remplaçant la poche des eaux absente, distendre ce col et frayer une voie au fœtus.

Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques usitées, *j'introduisis sans aucune difficulté un ballon Tarnier et, quelques minutes après, je laissai cette femme, comptant sur un effet rapide de mon intervention.*

Quand je revins auprès d'elle, à *neuf heures du soir, j'appris qu'aussitôt après mon départ, le ballon s'était rompu et avait été expulsé.*

C'est là un accident assez fréquent avec le ballon Tarnier et, sans m'en préoccuper outre mesure, je plaçai immédiatement un *second ballon.* Cette tentative fut encore moins heureuse. *Le ballon se rupture au moment même où nous y injections de l'eau phéniquée.*

Avons-nous eu affaire ce soir-là à une série de ballons exceptionnellement fragiles ? Toujours est-il que j'ai dû renoncer à m'en servir après avoir épuisé toute la provision de la Clinique. *Trois autres ballons se rompirent dans l'utérus, quatre furent rupturés au moment où nous les essayions avant de les introduire.*

Ces tentatives avaient cependant abouti à un résultat utile. L'orifice interne, primitivement très resserré, s'était ouvert et le col était devenu perméable dans toute son étendue. Cette disposition nouvelle allait nous permettre d'introduire dans l'utérus des ballons plus résistants et plus volumineux que ceux de M. Tarnier.

Je ne pouvais pas penser un moment à utiliser le ballon de M. Champetier de Ribes, beaucoup trop volumineux pour un utérus aussi peu développé (l'auteur ne connaissait alors que le grand modèle) ; mais j'avais à ma disposition les *sacs-violons* inventés par l'accoucheur anglais Barnes (fig. 1).

Ces sacs, dans la pensée de leur auteur, ne sont pas destinés à être introduits (en totalité) dans la cavité utérine. Leur rôle consiste à être placés dans le canal cervical et, retenus à cette hauteur par un étranglement médian, à dis-

tendre excentriquement l'orifice utérin, tout en excitant par voie réflexe la contraction utérine. Lorsque la distension du col est portée à un point suffisant, le sac tombe; on le remplace par un autre plus volumineux et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'on ait obtenu une dilatation suffisante. Ce n'est pas en me conformant absolument aux indications données par Barnes que j'allais utiliser son appareil. Les sacs-violons présentent, quand on s'en sert ainsi, un gros inconvénient. Il est extrêmement difficile, presque impossible de les maintenir en place.

Ces sacs élastiques présentent bien, à l'état de vacuité, un étranglement très marqué vers leur partie moyenne ; mais, quand on les gonfle, on voit peu à peu cette dépression disparaître, et l'appareil, au lieu de garder sa forme en violon, devient cylindrique et glisse alors jusque dans le vagin avec une extrême facilité. C'est pour cette raison que je ne me sers guère des sacs de Barnes et que je leur préfère de beaucoup le ballon de Tarnier, plus facile à introduire et qui tient mieux en place, quand il ne se rompt pas; malheureusement il se rompt trop souvent.

Mais, dans ce cas, les membranes étaient rompues, le col complètement perméable et suffisamment abaissé et je pouvais placer le sac-violon de Barnes dans la cavité utérine. J'étais assuré ainsi que, une fois gonflé, il ne pourrait traverser le col que sous l'influence des contractions utérines.

J'introduisis en effet le sac n° 1 dans la cavité utérine et le gonflai avec 100 grammes de solution phéniquée Dix minutes après, les douleurs apparaissaient et se succédaient rapidement. Une heure et quart après mon intervention le ballon était expulsé, suivi, en l'espace d'une demi-heure, du fœtus et du placenta.

Le fœtus, du sexe masculin, pesant 160 grammes et me-

surant 18 cent., avait subi un commencement de putréfaction, surtout apparent au niveau de la paroi abdominale. Le placenta pesait 120 grammes, la rupture des membranes s'était faite à cinq centimètres du bord placentaire.

Grâce aux soins antiseptiques pris au moment de l'intervention et à un abondant lavage intra-utérin pratiqué aussitôt après la délivrance, elle a eu des suites de couches absolument physiologiques et sa température axillaire n'a jamais dépassé 37°,5.

Avec les ballons de Champetier, très résistants et incompressibles, on va droit au but et rapidement. Une fois mis en place et distendu, le ballon ne sortira qu'après avoir ouvert l'utérus au degré voulu. Il suffit pour cela de choisir dans la série le ballon ayant la circonférence que l'on veut donner à l'orifice utérin.

S'il s'agit d'un utérus des premiers mois pour le nettoyage duquel deux doigts suffisent, on prend le plus petit modèle qui, distendu, a 11 centim. de circonférence; s'il s'agit d'un utérus de 4 ou 5 mois, nécessitant l'introduction de 3 ou 4 doigts, on prendra le modèle moyen ayant les dimensions d'une belle mandarine; pour un utérus de 6 mois, on peut recourir au grand modèle (29 à 30 centim. de circonférence) (1).

Si l'orifice est très resserré et qu'on doive produire une dilatation notable, on commencera par le plus petit modèle qui, roulé en cigarette et pris entre les mors d'une pince

(1) Les ballons Champetier de petit modèle sont fabriqués par Colin.

de Péan, peut passer là où passerait le conducteur du ballon Tarnier, c'est-à-dire partout.

La dilatation artificielle à l'aide de ces petits ballons est très rapide.

Dans un cas récent où la rétention d'un placenta abortif dans un utérus complètement refermé, s'était compliquée de septicémie un mois après l'expulsion du fœtus (température de 40° et frissons), j'ai pu, en deux heures, obtenir la libre pratique de la cavité utérine et extraire le délivre que n'avait pu entraîner un *curettage instrumental* fait la veille par un confrère. Les accidents qui avaient augmenté à la suite de l'intervention instrumentale aveugle ont cédé immédiatement après l'évacuation digitale.

Rien n'est plus simple que d'introduire le ballon au-dessus de l'orifice interne. Les praticiens qui ont l'habitude des injections intra-utérines pourront introduire la pince porte-ballon en s'aidant du toucher seul ; ceux qui craindront de manquer la passe peuvent, après avoir mis la femme en position obstétricale, appliquer un spéculum, saisir le col avec une pince tire-balle et faire, sous la surveillance de l'œil et du doigt, le cathétérisme utérin.

Le ballon mis en place, au-dessus de l'orifice interne, on retire la pince entr'ouverte en maintenant à l'aide de l'index gauche le ballon dans l'utérus. On laisse cet index en place jusqu'à ce que le ballon soit distendu par injection, à l'aide d'une seringue à hydrocèle, de la quantité de

liquide antiseptique (connue à l'avance) qui lui donnera les dimensions voulues.

Lorsqu'il est bien tendu, et tandis qu'on maintient la seringue sous pression, pour éviter le reflux du liquide, on place sur le tube de remplissage une ligature très serrée et, par excès de précaution, une pince à forcipressure, pour s'opposer à tout suintement. Le tout est maintenu en place par un tamponnement à la gaze iodoformée.

Très rapidement l'utérus entre en contraction ; les douleurs sont fréquentes et intenses, rappelant tout à fait celles de l'avortement. Au bout de quelques heures elles cessent, et ce calme indique que le ballon est passé dans le vagin. Le moment de l'intervention active est arrivé : après extraction du ballon et désinfection soignée du vagin on va se trouver dans les même conditions que quand l'orifice est d'emblée perméable ou dilatable par les doigts.

Pour faire un curettage digital soigneux, complet et par suite efficace, il faut que la malade soit endormie, dans la résolution complète.

Elle est alors placée en position obstétricale. L'opérateur pratique d'abord l'exploration de la cavité utérine ; pour cela il introduit *toute la main* dans le vagin et l'index et le médius dans l'utérus que la main restée libre et appliquée sur la région hypogastrique amène à la rencontre des doigts explorateurs. Lorsqu'on s'est ainsi rendu compte de l'état de la cavité, du lieu d'insertion du pla-

centa, de ce qui est décollé et de ce qui est adhérent, on sait si la main introduite est la bonne ou s'il faut en changer. Si l'autre main doit être introduite elle sera au préalable de nouveau aseptisée.

Les doigts travaillent alors au décollement du délivre, fouillent les cornes, grattent, curent ; il ne faut laisser aucun point où le doigt ne passe et repasse. Cette besogne est souvent longue (10,15 minutes), toujours fatigante. Les doigts paralysés ont besoin de fréquents repos.

Lorsque l'exploration réitérée de la cavité ne permet plus de douter de la complète évacuation des grosses portions du délivre, il est prudent de « donner le coup de balai antiseptique de la fin » en frottant ferme la paroi soit avec un écouvillon, soit avec un manchon de gaze iodoformée monté sur une pince, soit même avec une curette mousse prudemment maniée *sous le contrôle incessant d'un doigt*. C'est, croyons-nous, à l'omission de cette précaution de la fin que sont dus 2 des 5 échecs qu'enregistre notre statistique au passif du curettage digital (les 3 autres étant dus à *l'intervention trop tardive, les femmes n'étant venues à la clinique qu'en pleine évolution d'infection)*.

Le brossage terminé nous faisons une injection intra-utérine avec la solution phéniquée à 5 0/0 (un litre), et nous laissons pendant 12 heures dans l'utérus un tampon à la gaze iodoformée.

Il faut savoir que la chute de la température n'est pas toujours aussi brusque que dans notre observation XVII

et qu'on voit souvent se produire, dans les heures qui suivent l'intervention, un frisson et une élévation de température passagère à 40 et parfois 41°. Puis tout rentre dans l'ordre si l'intervention a été tempestive. Lorsque les accidents continuent, c'est que l'infection est déjà établie solidement dans la place et il ne reste plus qu'à aider la malade, par les moyens que nous avons étudiés ailleurs, dans sa lutte contre le microbe.

Ces cas deviendront de plus en plus rares à mesure qu'entrera davantage dans l'esprit du praticien *la nécessité de l'intervention à la première élévation de la température* dans les cas de rétention placentaire après l'avortement.

H. VARNIER.

PATHOGÉNIE, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES ANÉMIES DE LA PREMIÈRE ENFANCE

Au point de vue de la pathogénie comme à celui du traitement il convient d'envisager séparément les anémies des nourrissons, de la seconde enfance et de l'adolescence. Bien que certaines causes se présentent à tous les ages, il en est qui sont l'apanage particulier d'une des trois périodes de la vie des enfants ; il y a aussi des traitements qui ne sont pas applicables aux petits comme aux grands enfants.

Chez l'enfant comme chez l'adulte l'anémie se traduit au clinicien par la pâleur de la peau, la décoloration des muqueuses (conjonctives, lèvres, gencives), par la diminution des forces et par l'existence de troubles circulatoires, digestifs et nerveux.

Mais l'examen hématologique peut être indispensable pour éclairer le diagnostic de la nature de l'anémie.

I

Pour les anémies de la première enfance, nous avons à puiser d'intéressants documents dans l'excellente thèse publiée en 1891, par M. le Dr Ch. Luzet (1).

Nous pensons qu'il ne sera pas sans intérêt de résumer pour nos lecteurs les notions anatomiques et physiologiques peu connues qui ont de l'importance au point de vue du diagnostic et du pronostic.

Le processus de sanguification comprend 3 périodes : embryonnaire, fœtale, adulte.

Chez l'embryon, les premiers globules se forment dans l'intérieur des premiers vaisseaux et sont des *cellules rouges*, c'est-à-dire des éléments hémoglobinifères, *munis d'un noyau* (différents par conséquent des globules rouges adultes). Ces cellules, après avoir grossi, pris la forme elliptique et en partie aplatie, avec deux à quatre noyaux, se divisent dans le sang lui-même par étranglement en autant de cellules nouvelles.

(1) *Études sur les anémies de la première enfance.* G. Steinheil, éditeur.

Chez le fœtus l'hématopoïèse, plus complexe, s'accomplit d'une part au moyen des cellules vaso-formatives de Ranvier dans le tissu conjonctif, dans les membranes séreuses telles que l'épiploon, pour former des *globules rouges adultes*, discoïdes et *sans noyau*, et des hématoblastes d'Hayem, — d'autre part dans les organes dits hématopoïétiques (foie d'abord, puis rate, moelle des os, ganglions lymphatiques) pour donner naissance à des cellules rouges nucléées plus ou moins sphériques.

Après la naissance et chez l'adulte la formation du sang se fait presque exclusivement aux dépens des hématoblastes d'Hayem, éléments sphériques, devenant bientôt biconcaves, d'un diamètre de 1 à 5 μ, par conséquent inférieur à celui des hématies (5 à 7 μ), dépourvus de noyau, qui sont normalement chez l'adulte dans le rapport de 1 hématoblaste pour 20 hématies, mais qui se multiplient énormément après toute perte de sang un peu importante (crise hématoblastique); chaque hématoblaste augmente de volume, se charge d'hémoglobine pour constituer une hématie adulte.

Le rôle des organes hématopoïétiques cesse chez l'adulte : le foie dès les premiers jours de la vie extra-utérine, les ganglions n'ont aucun rôle à l'état normal et n'en retrouvent qu'un à peine marqué à l'état pathologique. La rate, qui détruit les globules rouges, n'en fabrique plus chez l'adulte. Peut-être la moelle des os continue-t-elle à transformer les cellules rouges en globules rouges. En tout cas

on ne rencontre plus de cellules rouges en circulation dans le sang dès la naissance et elles ne reparaissent qu'à la période ultime des anémies extrêmes chroniques (Hayem). Leur présence indique le retour à l'activité d'organes hématopoïétiques, une tentative suprême de l'organisme pour réparer le sang par tous les moyens dont il dispose.

Les globules blancs, qui apparaissent dans le sang embryonnaire peu de jours après les cellules rouges, sont formés soit par division des cellules lymphatiques préexistantes, soit dans le système lymphoïde, qui comprend, outre les organes hématopoïétiques, un grand nombre de foyers en rapport avec les muqueuses et le thymus chez le fœtus.

Il y a des leucocytes de variétés nombreuses, depuis le leucocyte à gros noyau unique jusqu'au leucocyte à noyaux multiples. On n'admet plus que les leucocytes puissent se transformer en hématies.

En résumé, dit Luzet, la cellule rouge, qu'elle soit produite dans l'aire transparente ou dans les organes hématopoïétiques, existe seule pendant les premiers jours de la vie embryonnaire. Son rôle diminue peu à peu chez le fœtus à mesure que grandit celui du globule rouge pour cesser à la naissance. Elle ne peut reparaître que dans certaines conditions pathologiques, que réalisent les anémies graves et prolongées de toutes natures. Mais, en raison de la plus grande vitalité des organes hématopoïétiques chez l'enfant, cette réapparition est beaucoup plus facile chez lui que chez l'adulte. D'ailleurs le nombre de

cellules rouges ainsi produites est toujours insuffisant pour pourvoir aux besoins de la réparation sanguine et leur apparition chez l'adulte est toujours d'un pronostic très grave (Hayem).

Les recherches personnelles de M. Luzet ont montré que le foie, la rate et la moelle des os chez les animaux nouveau-nés et les fœtus humains fabriquent des cellules rouges par un procédé unique, aux dépens de grandes cellules à noyau polymorphe, qui se segmentent en petites cellules hyalines, lesquelles se déversent dans des sinus sanguins sans parois propres, où elles achèvent leur évolution en se chargeant d'hémoglobine et où elles subissent une multiplication par karyokinèse.

Or, il résulte des travaux de Hayem et Luzet que *les anémies du nourrisson provoquent facilement, en ranimant l'état fœtal des organes hématopoïétiques, le passage des cellules rouges dans le sang en circulation.*

II

Les causes les plus fréquentes d'anémie dans la première enfance sont la diarrhée, choléra infantile et autres diarrhées infectieuses, et la syphilis.

L'altération du sang atteint son maximum quand la diarrhée survient chez un enfant débilité antérieurement par la tuberculose, la syphilis ou des diarrhées antérieures répétées.

La syphilis héréditaire détermine une cachexie avec anémie assez intense, que tendent à compenser les organes hématopoïétiques jusqu'à un âge déjà avancé. Le passage des cellules rouges dans le sang se fait plus facilement quand il y a une altération macroscopique des organes hématopoïétiques, surtout l'hypertrophie de la rate.

Le rachitisme, à sa période de résorption osseuse, s'accompagne toujours d'un degré plus ou moins accusé d'anémie et on observe souvent la mégalosplénie. Que l'anémie soit simple ou mégalosplénique, c'est la moelle des os qui paraît fournir le plus grand nombre des cellules rouges qui se voient dans le sang.

Dans ces formes d'anémie on peut rencontrer une leucocytose modérée, qui tend à diminuer en même temps que la cachexie, sans que la proportion normale des diverses formes de leucocytes soit modifiée notablement.

M. Luzet a mis en lumière l'existence chez le nourrisson d'une maladie spéciale à cet âge, voisine de la leucocythémie, sinon identique avec elle, à laquelle il donne avec V. Jacksh le nom d'*anémie infantile pseudo-leucémique* : dans cet état morbide on observe l'association de l'anémie avec une tuméfaction de la rate, une leucocytose modérée et la présence dans le sang d'un grand nombre de cellules rouges, dont beaucoup présentent des phénomènes de karyokinèse. Dans cette maladie on observe un retour à l'état fœtal de la fonction des organes hématopoïétiques. Cette reviviscence peut s'étendre au

foie hématopoïétique dans les premiers mois de la vie, et c'est là un fait spécial à cette forme morbide. La majeure partie des cellules rouges que l'on trouve dans le sang est fournie par la moelle des os. Mais il se fait probablement aussi une multiplication des cellules rouges dans le sang même, par karyokinèse, comme dans les sinus sanguins des organes hématopoïétiques fœtaux.

L'anémie pseudo-leucémique peut guérir, mais elle peut aussi se transformer en leucémie par augmentation progressive du nombre des globules blancs et la terminaison est alors rapidement fatale.

En dehors des anémies liées à une altération des organes lymphoïdes, comme celle dont venons de parler, le DIAGNOSTIC des anémies chez l'enfant du premier âge repose sur la connaissance des influences étiologiques suivantes : Parmi les facteurs d'anémie les plus puissants se placent la gastro-entérite des nouveau-nés, le rachitisme et la syphilis héréditaire, puis comme dans la seconde enfance toutes les maladies infectieuses chroniques, comme la tuberculose, ou aiguës.

On peut, à l'exemple de Luzet, distinguer parmi ces anémies diverses celles qui s'accompagnent de tuméfaction de la rate et des organes lymphoïdes et celles où ces organes ne sont pas modifiés.

Anémies sans splénomégalie. — Les anémies qui succèdent à une hémorrhagie par plaie extérieure ou mélæna.

Anémies par gastro-entérite : après une période de

fausse hyperglobulie par concentration du sang, on voit le nombre des globules rouges s'abaisser considérablement, tandis que les leucocytes se multiplient légèrement; les hématies peuvent tomber à 926 000 avec appauvrissement de la teneur de chaque globule en hémoglobine (valeur globulaire), les leucocytes étant à 18 900, c'est-à-dire 1 globule blanc pour 50 rouges. On peut voir chez les jeunes enfants des cellules rouges reparaître dans la circulation sans que cette apparition entraîne le pronostic grave que nous rappelions plus haut chez l'adulte.

La même réflexion s'applique aux anémies par syphilis héréditaire et rachitisme sans tuméfaction de la rate; ces anémies sont curables. La tuberculose peut déterminer aussi l'anémie sans altération des organes lymphoïdes, ainsi font le cancer du rein et l'helminthiase, à laquelle peuvent être rapportés des cas prétendus d'anémie pernicieuse. On conseille dans les cas douteux d'anémie de cause obscure de rechercher aux microscope les œufs d'helminthes dans les selles.

Anémies avec mégalosplénie et tuméfactions ganglionnaires. — La syphilis héréditaire avec mégalosplénie entraîne une anémie plus intense et plus grave que si la rate n'est pas intéressée : diminution du nombre des hématoblastes, leucocytose à 20 000, passage plus fréquent dans le sang de cellules rouges, qui, au fur et à mesure que l'affection guérit, deviennent plus rares. La coëxistence de signes multiples d'infection syphilitique (lésions cutanées

et muqueuses, adénopathies) permet d'établir le diagnostic.

Le rachitisme dans la période de décalcification des os et de déformations entraîne des lésions hématiques analogues à celles de la syphilis. Les altérations du sang sont, suivant certains auteurs, de nature à dégénérer en leucocytémie vraie.

La tuberculose avec grosse rate, la dégénérescence amyloïde de la rate, l'impaludisme chronique sont des facteurs d'anémie avec splénomégalie. Ces cas écartés, lorsqu'on constate chez un enfant la pâleur progressive avec tuméfaction chronique de la rate, il n'y a plus à envisager que l'adénie, la leucocythémie et l'anémie pseudo-leucémique.

L'adénie se reconnaît à la tuméfaction considérable et rapidement progressive de différents groupes de ganglions parmi lesquels ceux du médiastin et de la cavité abdominale. Il ne s'agit là ni de ces adénopathies limitées que commandent des lésions cutanées et muqueuses, ni de cette micro-polyadénopathie de nature tuberculeuse dont nous devons la connaissance à Legroux (petits ganglions sous-cutanés durs, roulant sous la peau comme des grains de plomb). Dans l'adénie la leucocytose est faible ; 10 230 leucocytes à la période cachectique (Hayem).

Dans la leucémie infantile les leucocytes sont augmentés modérément en général ; rarement et seulement au-dessus de 2 ans, on a vu les leucocytes se multiplier au point qu'il y en eût 1 pour 6 hématies et même 2 pour 1.

Luzet pense que, dans les cas où on trouve 50 à 60000 globules blancs, on peut encore espérer la guérison, mais qu'au delà de 100000 le pronostic est inexorable à plus court délai que chez l'adulte. On rencontre chez l'enfant leucémique comme chez l'adulte les signes de thromboses et d'embolies par leucocytes, d'infarctus blancs (épistaxis, infarctus rétiniens, purpura et autres lésions cutanées d'ordre hémorrhagique).

III

Le TRAITEMENT des anémies infantiles comprend d'abord la restauration de l'intégrité des fonctions digestives si elles ont été altérées : car c'est à l'alimentation plutôt qu'aux médicaments que nous pouvons le demander.

Dans l'*anémie par gastro-entérite*, on combattra, suivant les cas, la diarrhée ou les vomissements par la régularisation des tetées ou des prises de lait stérilisé, par les alcalins, l'eau de chaux, les préparations de bismuth associées aux antiseptiques — benzonaphtol, — par l'acide chlorhydrique uni à la papaïne, puis par les phosphates et le lait phosphaté naturel dont l'emploi commence à se répandre.

C'est aux phosphates, au lait chloruré, aux bains salés qu'on demandera la réparation hématique des *rachitiques*.

A l'*anémie par perte de sang*, on pourra opposer les préparations d'hémoglobine soluble, le proto chlorure de fer, l'iodure et la tartrate de fer.

Dans l'*anémie tuberculeuse*, si l'enfant atteint la fin

de la première année, on pourra adjoindre au lait le jaune d'œuf et la poudre de viande, en soumettant l'enfant aux inhalations de vapeurs de créosote ou à l'injection hypodermique de très petites quantités d'huile créosotée (un à quatre centimètres cubes d'une solution au quinzième).

L'anémie engendrée par la syphilis requiert le traite-traitement spécifique (les frictions mercurielles, la liqueur de Van Swieten). Le mercure aide plus que le fer à la rénovation globulaire chez les syphilitiques. On voit diminuer de jour en jour d'énormes splénomégalies sous l'influence hydrargyrique seule ou avec l'iodure associé.

Dans *l'anémie palustre* avec splénomégalie, la quinine a une action nettement favorable ; le quinquina (sirop, teinture ou poudre) doit être donné conjointement ou alternativement. L'arsenic m'a donné un beau succès dans un cas d'impaludisme héréditaire que j'ai rapporté dans cette Revue, il y a quatre ans. Mosler et Binz ont conseillé, dans ces cas, la teinture d'eucalyptus. On associera à tout traitement interne, les frictions de la peau avec l'alcool, les lotions froides, les bains salés.

Le phosphore a été conseillé dans *l'anémie leucémique* par plusieurs auteurs considérables ; on emploierait l'huile phosphorée, comme le fait Kassowitz dans le rachitisme.

P. Le Gendre.

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE.

REVUE PRATIQUE
D'OBSTÉTRIQUE
ET DE PÆDIATRIE

Mai 1893

SOMMAIRE :

De l'accouchement gémellaire, par H. VARNIER 129
Du traitement immédiat des déchirures du périnée après l'accouchement (fin), par le Dr WALLICH. 147
Traitement des bronchites chroniques, par P. LE GENDRE . 155

DE L'ACCOUCHEMENT GÉMELLAIRE (1).

Il y a deux ans, un de mes amis et anciens collègues me contait, l'histoire suivante :

« Je fus appelé récemment par un confrère d'une bourgade voisine de X..., auprès d'une secondipare dont l'accouchement n'en finissait pas. La dilatation était complète et la poche rompue depuis quatre heures. Par le toucher, je trouvai une tête arrêtée au détroit inférieur en occipito-pubienne ; je dis une tête, car l'apparence extérieure et le palper m'avaient immédiatement conduit à soupçonner qu'il y avait deux fœtus dans l'utérus. J'appliquai le for-

(1) Voyez *Revue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance*, décembre 1888, p. 358 : Diagnostic de la grossesse gémellaire.

ceps et je pus, sans difficultés, extraire un garçon bien vivant. Le palper et le toucher, pratiqués immédiatement après, me confirmèrent dans mon impression première. Au travers d'une seconde poche de moyen volume, je sentais nettement la tête du second fœtus amorcée au détroit supérieur et prête à s'engager. Me conformant à ce que j'avais lu dans mes livres, je voulus attendre le réveil des contractions avant de rompre la seconde poche. Comme elles tardaient à revenir et que l'heure du dernier train approchait, que d'autre part la présentation était bonne et qu'il n'y avait pas de procidence, je laissai à mon confrère le soin de terminer l'accouchement.

Le lendemain matin, je recevais la dépêche suivante : « Deuxième poche rompue. Présentation de l'épaule. Procidence du cordon. Venez de suite ». Je partis en hâte et arrivai assez à temps pour extraire aisément le second fœtus par la version, mais trop tard pour l'extraire vivant. Après quoi aucune hémorrhagie ne se produisant, je prescrivis d'attendre assez longtemps avant de pratiquer la délivrance, me conformant cette fois encore à l'indication de mes livres. Mal m'en prit, car le lendemain j'étais rappelé une troisième fois pour faire la délivrance artificielle. Ma cliente a très bien guéri, mais je n'ai pas l'intention de rester classique une autre fois. » A quoi je répondis, comme dans la chanson : « Confrère, vous aurez raison ».

J'ai rapporté ici même (voyez *Revue pratique*, janvier 1888, p. 11), un cas qui s'est terminé d'une façon plus tragique.

Il s'agissait d'une femme de 37 ans, arrivée au terme de sa 8e grossesse, ayant toujours eu des accouchements heureux et qui était accouchée spontanément le 26 avril 1885, à midi, d'un garçon vivant présentant le sommet.

La sage-femme qui l'assistait, ayant reconnu par le palper la présence d'un second enfant, applique une ligature sur le bout placentaire du cordon et *attend*, sans s'inquiéter de savoir comment se présentait le second fœtus.

A 1 heure de l'après-midi, rupture spontanée de la seconde poche, issue de la main et de l'avant-bras gauches. La sage-femme envoie chercher successivement trois médecins. C'était un dimanche, pas un ne vient.

Vers 3 heures de l'après-midi, les contractions douloureuses deviennent extrêmement fréquentes. Elles cessent vers 4 heures.

Le travail n'avançant pas, et l'état de la patiente devenant inquiétant, on la conduit à l'hôpital X... où elle arrive vers 7 heures ; de X... la femme est envoyée à Lariboisière. Il est 8 heures 1/2 du soir. Pendant le trajet, son état s'est subitement aggravé ; elle est devenue très pâle et très faible. Elle est dans le collapsus ; pâleur cadavérique, respiration haletante, pouls incomptable. Température axillaire 34°. Urine non sanguinolente. Fœtus mort ; main et avant-bras gauches hors de la vulve, violacés, œdématiés, mais sans phlyctènes. Épaule très engagée. Dilatation complète.

Morte dix minutes après son arrivée à la Maternité. A l'autopsie, nous trouvâmes une rupture longitudinale

et latérale du col, du segment inférieur et du vagin.

Tout récemment enfin se présentait à la Clinique Baudelocque, un jour de leçon, le 24 mars à 10 h. 1/2 du matin, une primipare ayant eu ses dernières règles du 1er au 3 juillet 1892 et qui donnait les renseignements suivants : la veille, 23 mars, dans la soirée, alors qu'elle était en travail depuis le 22 à 7 heures du matin (les membranes s'étant rompues prématurément le 19) un médecin appelé par la sage-femme qui l'assistait, fit une application de forceps et parvint, non sans quelques difficultés, à extraire une fille vivante du poids de 2370 gr., ayant un bipariétal de 9,3 et qui porte les empreintes des cuillers sur l'occiput et le front. L'enfant extrait, le médecin, considérant sa tâche comme terminée, se retira en laissant à la sage-femme le soin de faire la délivrance. Celle-ci ne tarda pas à s'apercevoir qu'il y avait un deuxième enfant dans l'utérus et fit transporter le lendemain matin sa cliente à la Clinique Baudelocque.

A l'entrée la température de la parturiente est de 36°,8 ; le pouls à 80. M. Pinard constate que le second fœtus se présente par le sommet en gauche transversale ; il y a procidence d'un bras et du cordon dont les pulsations sont très ralenties. La poche des eaux est rompue ; l'orifice revenu sur lui-même offre une dilatation égale à 5 francs mais les bords sont dilatables. M. Pinard, après avoir formulé ses réserves sur la vitalité de l'enfant, compromise par la prolongation du travail et la procidence, fait une application de forceps et extrait en état de mort

apparente un enfant du poids de 1800 gr. ayant un biparié-tal de 8,2. Il est 11 heures 5 du matin. Malgré la désobstruction des voies respiratoires et l'insufflation commencée à 11 h. 7, des tractions sur la langue (méthode de Laborde), cet enfant ne put être ranimé. Les battements du cœur cessèrent à 11 h. 50.

Le liquide amniotique exhalant une odeur infecte, on fit immédiatement après l'extraction du fœtus une injection intra-utérine prolongée (12 litres de solution de biiodure à 1 pour 4000). Délivrance naturelle 10 minutes après. Le premier placenta sorti appartenait au 2e jumeau. Nouvelle injection intra-utérine prolongée. Deux masses placentaires distinctes.

La température s'est élevée à 38°,6 le lendemain 25, et la femme fut soumise pendant 24 heures à l'irrigation continue. Chute de la température; suites de couches physiologiques. Sortie le 18 avril en bon état.

Le premier enfant survit et pèse 2590 grammes.

Je prie le lecteur d'avoir toujours présents à l'esprit, quand il se trouvera aux prises avec un accouchement gémellaire, les trois faits qui précèdent. Ils sont une démonstration topique des dangers de « l'expectation » pour le second accouchement. Je montrerai que cette expectation n'a pas sa raison d'être et pour cela je m'appuierai sur la statistique qu'a dressée sur mes conseils et sous ma direction mon ami le Dr Monteiro, dans sa thèse inaugurale.

I

L'impression qui m'était restée des nombreux accouchements gémellaires auxquels j'avais assisté tant à Lariboisière qu'à Baudelocque, dans le service de mon maître Pinard, était que, *dans l'accouchement double, le premier avait, au point de vue des phénomènes physiologiques, du mécanisme et de la durée les allures d'un accouchement simple, et que le deuxième pouvait sans inconvénients et devait par conséquent suivre presque immédiatement le premier et être réduit à une période d'expulsion très courte.*

Mais, direz-vous, livres en main, ce n'est pas là ce qu'on nous a enseigné. On nous a appris que si, « pour le premier accouchement, la durée du travail pouvait être aussi courte que dans l'accouchement unipare, c'était là un fait exceptionnel ; que cette durée était en général plus longue ; que la période de dilatation et la période d'expulsion étaient toutes deux prolongées d'une façon anormale. Et même, si nous avons bonne mémoire, on ajoutait qu'il n'était pas étonnant qu'il en fût ainsi quand on réfléchissait : 1° à la diminution de la force expulsive de l'utérus par suite d'une distension exagérée ; 2° à la présence dans la cavité utérine d'un deuxième fœtus qui distrait une partie de cette même force ; 3° à la résistance plus grande qu'oppose le col aux fibres du corps de l'utérus, lorsque l'accouchement a lieu avant terme (ce qui est ici la règle), résistance due aux modifications encore incomplètes de ce col. »

J'ai eu la curiosité de remonter le cours des classi-

ques pour savoir quel était l'auteur responsable de ce qui apparaît nettement, dès les premiers pas en arrière, comme une de ces nombreuses rééditions routinières des aphorismes du XVII° et du XVIII° siècle.

De recopies en copies presque textuelles, arrêtons-nous à Mauriceau en passant par Baudelocque.

« J'ai souvent remarqué, dit Mauriceau, que lorsqu'une femme est grosse de deux enfants, l'un des enfants étant ordinairement placé dans l'un des côtés du ventre de la mère, et l'autre au côté opposite, les douleurs du travail du premier de ces enfants sont souvent peu efficaces et très fatigantes pour la mère, à cause que l'impulsion de ces douleurs ne répondent pas pour lors directement au passage, où elles ne tendent qu'obliquement, ce qui prolonge beaucoup le travail. »

Et Baudelocque, développant la doctrine en germe dans la phrase précédente, écrira pour ses successeurs : « Quoique la grossesse soit formée de plusieurs enfants, l'accouchement peut s'opérer aussi naturellement que s'il n'en existait qu'un seul, pourvu qu'ils se présentent successivement et dans une situation convenable à l'orifice de la matrice. On remarque seulement que l'expulsion du premier se fait souvent avec un peu plus de difficulté que dans l'accouchement ordinaire : ce qui vient sans doute de ce que la matrice ne l'embrasse pas également de toutes parts, et ne peut agir immédiatement sur lui que d'un seul côté..... Les forces expulsives se partagent sur l'un et l'autre jumeaux, de sorte que celui dont il s'agit n'est

soumis qu'à l'impulsion de la plus petite partie. »

Voyons maintenant ce que disent les faits.

J'ai là 164 observations d'accouchements gémellaires faits à Lariboisière ou à la Clinique.

De leur étude il appert que la durée moyenne de la période d'effacement et de dilatation, est pour le premier accouchement, chez les primipares de 9 heures, et chez les multipares de 8 heures.

Quant à la durée de la période d'expulsion du premier jumeau, elle est indiquée pour 117 cas relevés dans le tableau suivant :

	PRIMIPARES	MULTIPARES
5 minutes.....	4 fois.....	22 fois
10 »	2 »	12 »
15 »	1 »	8 »
20 »	3 »	5 »
30 »	7 »	23 »
35 »	1 »	1 »
40 »	1 »	0 »
45 »	1 »	0 »
50 »	0 »	1 »
1 heure	1 »	10 »
1 h. 15	2 »	0 »
1 h. 25	1 »	1 »
1 h. 35	0 »	2 »
1 h. 45	1 »	0 »
2 h.	2 »	1 »
2 h. 30	0 »	1 »

	PRIMIPARES	MULTIPARES
3 h.	0 fois.....	1 fois
3 h. 15	1 »	0 »
3 h. 25	1 »	0 »

C'est-à-dire que 17 primipares sur 29 et 70 multipares sur 88 ont expulsé leur premier jumeau en une demi-heure.

2 fois seulement sur 29 la période d'expulsion a dépassé 2 heures chez les primipares, et 3 fois seulement sur 88 multipares.

Comment, après cela, considérer la prolongation du travail comme habituelle dans l'accouchement du premier jumeau ?

Ne devons-nous pas conclure au contraire, malgré Mauriceau, que, dans l'immense majorité des cas, la durée de la période d'effacement et de dilatation, celle de la période d'expulsion et par conséquent la durée totale du travail pour le premier accouchement est, toutes choses égales d'ailleurs, sensiblement la même que pour l'accouchement simple.

Toutes choses égales d'ailleurs, disons-nous, car il est bien certain que si la présentation du premier fœtus est vicieuse nous pourrons ici comme ailleurs voir le travail se prolonger.

Mais il faut bien le dire, la présentation vicieuse du premier fœtus est exceptionnelle.

Sur 161 de nos observations où est notée la présentation du premier fœtus, le seul pour lequel il puisse être question de présentation, nous trouvons une seule présen-

tation de l'épaule et pas de présentation de la face ; 125 présentations du sommet et 35 présentations du siège. Remarquez cette proportion anormale de présentations de l'extrémité pelvienne : 1 sur 4,6 au lieu de 1 sur 20 environ dans l'accouchement simple.

Quand nous aurons ajouté que les procidences du cordon ne sont guère plus à craindre pour le premier jumeau que dans l'accouchement simple, et que la rupture prématurée des membranes est un peu plus fréquente (1 fois sur 4 au lieu d'une fois sur 10), ce qui tient peut-être à l'empiètement plus fréquent du placenta sur le segment inférieur et ne paraît pas d'ailleurs prolonger la durée du travail, nous en aurons fini avec l'accouchement du premier jumeau.

Étant donné ce qui précède, la *conduite* de l'accoucheur pendant le premier accouchement ne doit pas différer sensiblement de ce qu'elle est dans l'accouchement simple.

Les interventions ne doivent pas, toutes choses normales d'ailleurs, être plus fréquentes ni reconnaître d'autres indications que dans l'accouchement d'un seul enfant.

« Quand le premier des enfants se présente bien, disait Baudelocque, si la tête s'engage en suivant la direction ordinaire à la position où elle se trouve, il faut en abandonner l'expulsion aux efforts de la nature. »

De fait, sur les 125 présentations du sommet de notre statistique, l'accouchement s'est terminé spontanément 116 fois. Dans 9 cas il a fallu terminer par une application de forceps dont une seule est imputable à l'inertie utérine. Sur ces 9 applications de forceps j'en compte une

pour éclampsie, une pour une gauche postérieure dans un bassin petit, une pour menaces d'éclampsie chez une albuminurique (enfant de 1410 grammes), une pour un gros fœtus de 4000 grammes chez une primipare. Au total 4 applications de forceps pour 43 primipares et 5 pour 121 multipares.

On voit par là que les indications de l'intervention sont les mêmes que dans l'accouchement simple, et que l'inertie utérine par surdistension et la mauvaise direction de la poussée utérine incriminées par tant d'auteurs sur la foi de Mauriceau, sont hypothétiques et théoriques.

Lorsque le premier enfant présente l'extrémité pelvienne, que celle-ci soit complète ou décomplétée, la conduite à tenir doit différer un peu de ce qu'elle est dans l'accouchement simple. Dans celui-ci il faut toujours tenter, soit pendant la grossesse, soit au début du travail (à moins de contre-indications qui seront étudiées ailleurs), de transformer la présentation du siège en présentation du sommet par manœuvres externes. La mortalité fœtale est moins grande en effet quand la tête vient la première. Ici au contraire, *pas de version par manœuvres externes.* « On comprend facilement, dit M. Pinard, qu'il serait téméraire et dangereux de vouloir chercher à déterminer un changement de présentation. Les pressions pourraient alors rompre les membranes quand les poches sont distinctes ou produire des changements de rapports au niveau des annexes des fœtus et en particulier des cordons ombilicaux. »

Il faut donc subir la présentation du siège et laisser autant que possible l'expulsion se faire spontanément, sauf pour la tête qui réclame, ici comme toujours, la manœuvre de Mauriceau. Cette expulsion spontanée est la règle; sur 35 présentations du siège je ne relève pas une seule extraction complète. Et cela ne doit pas nous surprendre si nous réfléchissons que dans l'accouchement gémellaire les fœtus sont très habituellement de moyen volume. L'accouchement se fait en effet, en général, avant terme (83,72 pour cent chez les primipares et 75 pour cent chez les multipares), le plus souvent vers 8 mois et le *poids moyen* des enfants oscille entre 2100 et 2300 grammes.

Reste la présentation de l'épaule. Ici pas d'hésitation; il faut ramener au niveau du détroit supérieur, *au début du travail, et fixer par la rupture prématurée des membranes* la tête qui occupe l'une des fosses iliaques.

Les tentatives de réduction pendant la grossesse ne sont pas aussi nettement contre-indiquées que pour la présentation du siège, mais on ne peut maintenir la tête en bonne place par la ceinture eutocique lorsqu'elle tend à reprendre son attitude vicieuse. Au cas où la version par manœuvres externes échouerait, il faudrait recourir à la version par manœuvres internes, en prenant ici quelques précautions particulières sur lesquelles insiste Baudelocque.

« On observera soigneusement de saisir les pieds qui appartiennent au même enfant afin de ne pas s'efforcer de retourner et d'entraîner l'un et l'autre en même temps. »

Je me borne pour l'instant à ce simple conseil, me réservant d'examiner dans un paragraphe séparé la dystocie spéciale et, je le dis tout de suite, exceptionnelle que peut produire l'imbrication des jumeaux ou leur présentation simultanée.

II

Le premier jumeau expulsé, que convient-il de faire ?

Immédiatement, *avant de s'occuper de la ligature du cordon, il faut par le palper et le toucher déterminer exactement l'attitude du second fœtus et, si cette attitude est vicieuse, la corriger par manœuvres externes.*

Je suppose, on le voit, que le diagnostic est fait d'avance, ou tout au moins qu'on a de fortes présomptions qu'il y a un deuxième enfant.

En admettant même qu'on n'y ait pas pensé auparavant, il semble difficile de comprendre que ce deuxième passe inaperçu. « On ne peut, dit Baudelocque, méconnaître l'existence du second après la sortie du premier. Le ventre reste alors fort gros, la matrice paraît à peine diminuée, la femme ressent encore des mouvements et bientôt elle est en proie à de nouvelles douleurs qui ne cessent qu'après la sortie de ce second enfant. » Certes, ces signes ont une valeur, mais elle est loin d'être absolue. Seul le palper et le toucher mènent sûrement au diagnostic et si de La Motte s'en était servi, il n'eût pas couru le risque qu'il a couru le 24 décembre de l'année 1689.

« L'on vint me quérir, dit-il, pour accoucher la femme

d'un rôtisseur de Valognes ; je trouvai l'enfant bien situé, et les douleurs très fortes et redoublées sans que les eaux eussent aucune disposition à se former ; ce qui me persuada, voyant cet enfant si avancé, qu'elles ne se formeraient pas avant sa sortie, mais qu'elles s'écouleraient ensuite, ou qu'elles ne seraient qu'en petite quantité, quoique la malade fût extraordinairement grosse. Les douleurs qui devenaient de plus en plus fortes, et qui redoublaient sans cesse, me faisaient espérer une fin prochaine qui n'arriva qu'après plus de 24 heures du plus violent travail. C'était un gros garçon qui était très faible. *Le délivre suivit incessamment*, avec une grande quantité d'eaux ; comme je ne songeais qu'à faire accommoder la femme pour la mettre en repos, elle se plaignit de nouvelles douleurs ; j'allai pour m'instruire de leur cause ; je trouvai de nouvelles eaux en petite quantité qui percèrent, et un fort petit garçon qui suivit à l'instant, sans peine et sans aucune autre douleur que celles dont je viens de parler, et le délivre vint tout aussitôt.

« Ce fut un bonheur que les douleurs suivissent comme elles firent, sans quoi j'*aurais oublié ce second enfant ;* je le dis naturellement comme il est vrai, n'en ayant pas eu le moindre soupçon, et ce cas imprévu m'ayant causé une extrême surprise ; en effet, un *long travail*, quantité d'eaux, un gros enfant et *un arrière-faix seul*, qui est-ce qui n'y aurait pas été trompé, à moins que de suivre la pratique de M. Peu qui, presque à tous les accouchements introduisait sa main au fond de la matrice pour lui rendre sa figure ordinaire ? »

Pareille erreur serait aujourd'hui impardonnable. Le palper seul, dans l'immense majorité des cas, suffit à prémunir l'accoucheur contre un semblable oubli; et dans les cas très rare où il ne peut permettre de trancher la question d'une façon aussi ferme il impose tout au moins l'examen manuel de la cavité utérine qui lève alors tous les doutes. Si je fais cette réserve, c'est que j'ai vu dernièrement, dans le service de mon maître M. Pinard, une pièce fort intéressante recueillie sur une femme morte subitement après avoir expulsé deux jumeaux, et qui sera figurée et décrite. Dans ce cas un fibrome interstitiel énorme du *fond de l'utérus*, ramolli, aurait pu aisément, au seul palper, en imposer pour un troisième fœtus à des mains moyennement expérimentées. L'utérus étant sur la table d'autopsie, il fut impossible à plusieurs élèves de dire d'une façon certaine s'il renfermait un fœtus ou un fibrome.

Donc, le second fœtus étant reconnu, il faut, j'y reviens, par le palper et le toucher, en déterminer immédiatement l'attitude et s'arranger de façon à avoir une présentation longitudinale.

Le second fœtus a en effet une tendance marquée à se placer en travers, et cela se comprend sans peine : il peut évoluer librement dans la cavité distendue et être surpris par la première contraction utérine en présentation vicieuse.

Tandis que pour le 1er fœtus nous ne trouvons dans notre statistique qu'une seule présentation de l'épaule,

nous en comptons 12 pour le second (sur 159 cas, car pour 5 de nos observations il n'y a pas d'indication de présentation). Dans une statistique antérieure de Pinard, portant sur 185 cas, 14 fois le second fœtus s'est présenté par l'épaule.

Si l'on n'y prenait garde *les procidences seraient également plus fréquentes pour le second jumeau* que pour le premier et pour la même raison. Nous reviendrons plus loin sur cette question. Pour le moment il nous suffit d'avoir conjuré l'imminence d'une présentation de l'épaule en ramenant et en fixant à l'entrée du bassin soit la tête soit le siège.

Laissons maintenant pour quelques instants le second fœtus et occupons-nous de *lier le cordon du premier*. Il faut ici, comme dans l'accouchement simple, attendre pour lier le cordon que les battements en aient complètement cessé. Même dans les services où la règle de la ligature tardive est observée pour l'accouchement simple, elle est souvent transgressée dans l'accouchement gémellaire, la première pensée de l'élève étant de se débarrasser le plus vite possible du premier enfant pour concentrer toute son attention sur le second. Aussi n'est-il pas rare de voir le premier jumeau présenter, dans les jours qui suivent, de l'ictère, alors que le 2e, pour lequel on s'est moins pressé, n'en a pas.

La ligature du premier cordon se fait et doit être, par prudence, faite *en deux points* distants de deux travers de doigt; le cordon est sectionné entre les deux ligatures dont

l'une, après section, obture le bout placentaire qu'on ne lie jamais dans l'accouchement simple. Pourquoi cette dérogation à la règle ? C'est, qu'on ne sait jamais quelle est la disposition de l'œuf ou des œufs dans la grossesse gémellaire, et qu'on peut avoir affaire à une de ces dispositions exceptionnelles qui comportent une large communication entre les vaisseaux des deux fœtus au niveau du placenta. En pareil cas, il pourrait, dit-on, se produire par le bout placentaire non lié du premier fœtus, une hémorrhagie dangereuse pour le second encore contenu dans l'utérus. Bien que ni Mauriceau, ni Smellie, ni Baudelocque, ni Levret qui ont observé des cas où cette communication existait, n'aient noté d'effet fâcheux de l'absence de ligature sur le bout placentaire du cordon du premier fœtus (qu'ils ne faisaient jamais), je ne vois aucun inconvénient à la pratique actuelle dont la paternité paraît remonter à Paul Portal (1645). « L'usage de la seconde ligature, dit-il, se fait pour empêcher que le sang du placenta ne s'évacue trop par le cordon qui donne la nourriture à l'enfant avant le part : outre que si ce cordon n'estoit pas bien lié et serré et qu'il y eust deux enfants dans la matrice, le sang qui se perdrait affaibliroit l'autre enfant et le priveroit du baptesme, et *par conséquent* de la vie ; la femme en tomberoit dans des syncopes étranges, et seroit en danger de mort, comme j'en ai vu par la timidité des sages-femmes qui, n'ayant pas eu assez de hardiesse pour aller quérir le second enfant, ont laissé mourir les femmes avant que d'avoir eu le secours qui leur estoit nécessaire. »

III

Nous avons laissé le second fœtus en présentation longitudinale, tête ou siège. En pratiquant le toucher, nous trouvons, distendant l'orifice utérin largement ouvert, une seconde poche des eaux (je prends le cas le plus commun) (1). Avant de discuter la question : faut-il attendre, faut-il accélérer l'expulsion du second fœtus — résolvons la question préjudicielle : si le siège se présente, faut-il le laisser en bas ou essayer de lui substituer, grâce à la version par manœuvres externes, une présentation du sommet ?

L'étude de nos observations nous conduit à conseiller cette transformation. Sur les 65 cas où le deuxième jumeau présentait le siège, la version par manœuvres externes a été pratiquée 8 fois et les 8 enfants sont nés vivants ; tandis que sur les 57 autres accouchements terminés en présentation pelvienne nous relevons 3 enfants morts pendant le travail et 13 morts quelques instants, quelques heures ou quelques jours après la naissance. S'il fallait une preuve de plus que la présentation du siège expose les enfants à plus de dangers que la présentation du sommet, on la trouverait dans la statistique précédente. Et l'argument a d'autant plus de force que les conditions sont plus favorables ici que dans l'accouchement simple, l'orifice utérin, le détroit inférieur musculaire, le vagin et la vulve venant d'être dilatés par le premier fœtus. La version par manœuvres externes sera donc toujours tentée et ce n'est que contraint et forcé qu'on acceptera la présentation du siège.

(*A suivre.*) H. VARNIER.

(1) Sur nos 164 cas, une seule fois l'œuf était unique.

DU TRAITEMENT IMMÉDIAT DES DÉCHIRURES DU PÉRINÉE APRÈS L'ACCOUCHEMENT (*Fin*).

On place un premier point de suture sur la partie la plus élevée de la plaie et on lie, comme s'il s'agissait d'un point séparé. Après avoir fait un double nœud, le fil doit avoir deux chefs : un court, sur lequel on va placer une pince, avec laquelle on fera tirer doucement sur ce chef, de façon à tendre le fil; et un long avec lequel on va continuer la suture. L'aiguille, enfilée sur ce long chef, pique une des lèvres de la plaie, à 4 millim. environ de la solution de continuité. Cette piqûre se fait de l'extérieur vers l'intérieur. L'aiguille chemine dans l'intérieur de la plaie, et pique l'autre lèvre de l'intérieur vers l'extérieur pour ressortir à 4 millim. de la solution de continuité, et ainsi de suite pour les autres points. Après chaque point on tire sur le fil de catgut, de façon à le tendre et à rapprocher les lèvres de la plaie; on peut même pousser cette coaptation un peu plus loin que dans la suture d'une plaie opératoire, car il faut tenir compte ici du retrait que vont subir les tissus dans les jours suivants. Quand on veut arrêter la suture on ne serre pas le fil du dernier point et on noue l'anse ainsi obtenue avec le chef terminal du fil, ou bien l'on fait passer ce chef terminal dans l'anse de ce point.

La figure 4 (p. 151) empruntée à M. Doléris (1) montre

bien ce détail. On peut, soit suivant le 1er procédé, nouer ensemble A et B, soit faire passer A dans l'anse B. On coupe le petit chef du nœud initial qui avait servi à tendre la plaie, et l'on panse avec de la gaze iodoformée, un carré d'ouate hydrophile, et un bandage en T. Le lendemain on change le pansement et on retire le tampon vaginal de gaze iodoformée; il est désormais inutile d'en remettre un nouveau, et l'on donne une injection vaginale antiseptique. Après quoi l'on renouvelle le même pansement, en prescrivant de l'enlever sans y toucher, pendant les garde-robes, et de le replacer, sans qu'il ait subi aucun contact, après avoir fait couler sur la vulve une solution antiseptique.

La coaptation est parfaite, la réunion s'opère même au niveau de la plaie vaginale, il n'y a pas à s'inquiéter des fils, ils n'ont pas à être enlevés. Cette réunion est généralement complète vers le 8e jour. Il est bon toutefois de prendre la précaution de conseiller pendant ce temps le décubitus dorsal, de défendre à la femme de s'asseoir, de lui lier les jambes.

Nous nous sommes un peu étendu sur le procédé de suture dans ce 1er cas, parce qu'il éclairera la description de celle qu'on devra faire dans les cas dont il nous reste à nous occuper.

---

(1) Compte rendu de la Société obstétricale, 1885.

2e CAS. — *Rupture incomplète, profonde, intéressant, outre les téguments, le tissu cellulaire et les muscles du périnée, sur une étendue variable, mais surtout en profondeur, sans atteindre le sphincter de l'anus.*

Ces cas sont ceux qu'il ne faut pas négliger, et dans lesquels toute autre méthode que celle des sutures est insuffisante. Voyons comment elles doivent être pratiquées.

Les mêmes précautions préliminaires étant prises que précédemment, on procède à la suture, après avoir soigneusement régularisé avec les ciseaux les surfaces vives. Ici les surfaces dont il s'agit d'obtenir la coaptation ne présentent plus seulement l'épaisseur de la peau ou de la muqueuse vaginale, mais un, deux ou trois centimètres. Si l'on se contente de placer la suture superficielle que nous avons décrite dans le 1er cas, on obtiendra la réunion de la peau et de la muqueuse, mais l'on n'aura pas la coaptation des parties profondes, dans lesquelles les sécrétions de la plaie, ou les liquides vaginaux pourront s'accumuler, ce qui amènera finalement la désunion des lèvres superficielles, si elles ont pu être réunies par première intention. De façon à obtenir la coaptation des lèvres de la plaie sur toute la profondeur, Bröse en Allemagne et Doléris important en France la méthode de cet auteur, ont conseillé de considérer cette plaie à lèvres épaisses, comme une série de plaies à lèvres minces, c'est-à-dire de faire, dans la profondeur de la solution de continuité, un 1er plan de sutures en surjet, en tout semblable

au plan de sutures superficiel que nous avons décrit plus haut. Après avoir exécuté ce 1er plan de sutures dans la profondeur de la plaie, en allant de haut en bas, on recommence, lorsqu'on est arrivé à l'angle inférieur de la plaie, un second plan de sutures en surjet, toujours dans la profondeur mais en cheminant de bas en haut. Ces sutures, successivement étagées, rendent de moins en moins épaisses les lèvres de la solution de continuité, et finalement, la plaie étant suturée dans sa profondeur, il ne reste plus qu'une solution de continuité superficielle, que l'on réunit par un dernier surjet, comme dans le premier cas.

Les figures 1, 2, 3, que nous empruntons aussi au mémoire de M. Doléris, font encore mieux comprendre que toute description, l'exécution de ce procédé.

Il faut, pour exécuter cette suture, se munir d'un fil assez long, car le même fil peut servir à toute la suture. Il faut dans ce cas prendre bien garde, pendant l'opération, de ne pas laisser traîner ce fil, qui s'infecterait.

Si, par hasard, cet incident survenait, il n'y aurait qu'à couper le fil au niveau du dernier point, puis à placer un point avec une nouvelle aiguillée, et attacher le petit chef du nœud appartenant à ce nouveau point initial, avec le restant du fil précédent.

Cette suture à points perdus, puisque tous les plans profonds sont destinés à être résorbés, il est très avantageux de la pratiquer avec du catgut; l'on obtient ainsi une coaptation solide, donnant toutes les chances d'une prompte réunion. Toutefois si la plaie présente une épais-

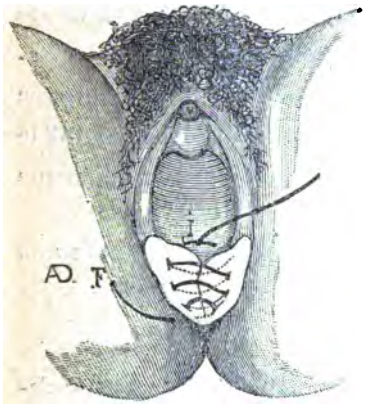


FIG. I. — Suture profonde commençant sur l'angle vaginal I de la déchirure et descendant en spirales continues jusqu'à l'angle F (d'après DOLÉRIS).

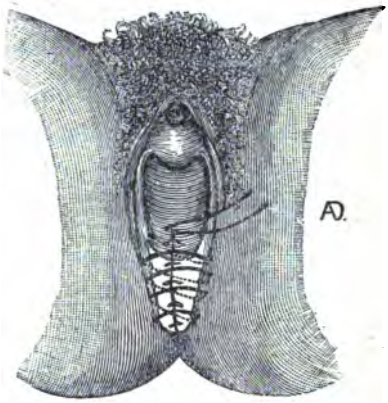


FIG. II. — Les petits traits pleins médians indiquent la suture profonde affrontée et serrée. Les grands traits noirs indiquent la suture superficielle remontant de l'angle anal à l'angle vaginal de la déchirure (d'après DOLÉRIS).

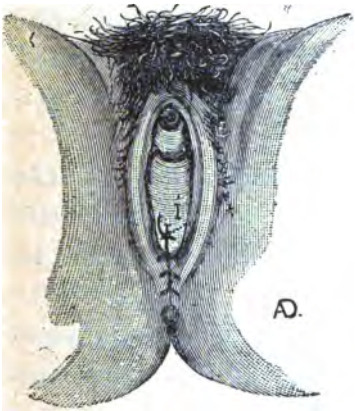


FIG. III. — La suture est terminée et l'affrontement est complet. Les deux fils, initial et terminal, sont fixés par un double nœud au point I (d'après DOLÉRIS).

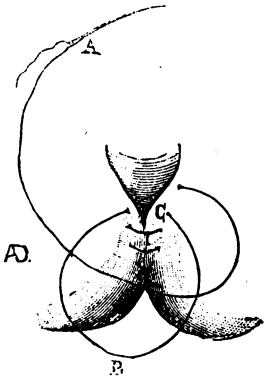


FIG. IV. — Manière de consolider la suture par des nœuds espacés de distance en distance. L'aiguille A passe dans l'anse B. Avant de faire le point suivant on tire sur le fil pour serrer le nœud au point C (d'après DOLÉRIS).

seur très marquée, plutôt que de multiplier les plans de sutures (généralement un plan profond et un plan superficiel sont suffisants), on peut consolider la suture avec deux ou trois points de crin de Florence, placés avant le surjet, embrassant toute la plaie, et que l'on serre, lorsque le surjet est terminé.

Ces crins de Florence peuvent être enlevés vers le 8e ou le 10e jour.

3e CAS. — *La rupture est complète, elle intéresse non seulement le périnée, mais aussi la cloison recto-vaginale, et le sphincter de l'anus.*

Après avoir pris les précautions préliminaires susindiquées, lavages et régularisation de la plaie, on procède à la suture de la cloison recto-vaginale, en commençant par la partie la plus profonde, et en allant vers l'extérieur.

Mais ici, il y a une précaution à prendre, il faut que les fils passent le plus près possible de la muqueuse intestinale sans la traverser, parce qu'ils s'infecteraient au contact des matières fécales.

Il faut donc qu'un doigt, introduit dans le rectum, suive la marche de l'aiguille à travers les tissus, sente bien cette aiguille embrasser les tissus divisés, au-dessous de la muqueuse du rectum, sans la traverser.

En allant ainsi des parties postérieures vers les parties antérieures, la suture arrive au niveau du sphincter anal

divisé. Un aide maintient alors le fil du surjet, pour pouvoir continuer la suture dans un instant, ou mieux encore, on peut arrêter là le 1er surjet. En tous cas, il faut procéder immédiatement à la suture du sphincter. Pour cela il faut rechercher dans la plaie les extrémités divisées de ce muscle, et cette recherche est des plus difficiles; le plus souvent ce sont les tissus divisés au niveau du sphincter qui sont saisis par l'aiguille, et avec eux les fibres de ce muscle. Mais ici encore, comme dans la suture de la cloison recto-vaginale, il faut prendre les tissus sous la plus grande épaisseur possible, sans toutefois faire passer les points par le rectum; ils doivent passer le plus près possible de la muqueuse sans la traverser. On place à ce niveau le nombre de points de sutures nécessaires, pour obtenir la coaptation; ceci obtenu, nous rentrons dans le cas précédent; on continue, ou l'on reprend la suture à étages, pour terminer après un ou deux plans de sutures profondes, par la suture superficielle. On obtient ainsi une coaptation solide des surfaces rompues. Mais nous estimons que dans ce cas encore, plus que dans le cas précédent, il aura été très utile de placer, avant de commencer l'opération, des crins de Florence embrassant très profondément les lèvres de la plaie, crins qui ne seront liés qu'en dernier lieu, lorsque la suture au catgut sera terminée.

On aura ainsi des points de suture embrassant les tissus en masse, doublant utilement la constriction obtenue avec les fils de catgut. Nous avons pu obtenir par ce procédé d'excellents résultats.

Mais, suivant la réserve que nous avons déjà faite, les tissus peuvent être le siège d'altérations si profondes que la réunion ne se fera que difficilement; nous ne voyons pas quel avantage l'on aurait à ne pas tenter de l'obtenir.

Une grande part du succès doit être faite dans ces cas aux soins post-opératoires, qui sont de la plus haute importance. Il faut à tout prix éviter une selle avant la réunion des tissus. On doit constiper la malade par des préparations opiacées, diriger l'alimentation en vue d'obtenir des fèces molles ; on a conseillé, en ce sens, le régime lacté. Si toutefois, malgré les efforts faits en vue d'obtenir une constipation complète pendant les premiers jours, les besoins deviennent impérieux, il faut administrer un lavement contenant deux ou trois cuillerés à potage de glycérine, puis introduire avec de grandes précautions l'index dans le rectum, en déprimant l'anus, plutôt vers la partie postérieure que vers la partie antérieure. Le doigt ira patiemment, sans violence, morceler les matières fécales, dont un nouveau lavement pourra entraîner les débris. Il faudra recourir à cette manœuvre pour toutes les selles qui pourront se manifester, au moins dans les 8 premiers jours. Au bout de ce temps, la consolidation sera suffisante pour laisser passer des selles molles, sans inconvénients.

Nous n'avons pas dit, à dessein, s'il fallait se servir de telle ou telle aiguille.

Ces sutures peuvent être pratiquées aussi bien avec les aiguilles de trousse qu'avec l'aiguille de Reverdin, ou l'aiguille d'Emmet; cette dernière sera très utile pour pla-

cer les points de soutien aux crins de Florence, à cause de sa grande courbure. Les autres aiguilles devront aussi être courbes.

En résumé, les restaurations immédiates du périnée présentent de très grands avantages, et doivent être pratiquées. Elles ferment une porte d'entrée ouverte à l'infection, dispensent le plus souvent la femme d'une seconde opération ultérieure, et lui évitent aussi les accidents de l'avenir, consécutifs aux délabrements du périnée non réparés. Le médecin qui va faire un accouchement doit emporter avec lui de quoi faire une suture; et si le périnée se rompt, cette suture devra être faite immédiatement. Le seul inconvénient de cette méthode, avant sa généralisation complète, sera de faire passer celui qui restaurera le plus souvent les périnées pour celui qui en déchire le plus grand nombre. V. WALLICH.

TRAITEMENT DES BRONCHITES CHRONIQUES

Lorsqu'on est appelé à soigner une bronchite chez un enfant qui en a déjà eu plusieurs, il y a lieu de se demander d'où vient cette tendance aux récidives. La même question se pose au sujet de la cause qui fait qu'une bronchite se perpétue au delà du temps ordinaire, tourne à la chronicité.

La réponse à ces questions sera obtenue :

Par l'examen des divers organes et appareils;

Par une enquête sur les maladies antérieures;

Sur l'hérédité;

Sur l'hygiène de l'enfant.

Il est logique de commencer par l'examen des voies respiratoires.

D'abord les *fosses nasales* et le *pharynx* devront être explorés. Il est fréquent de voir des bronchites à répétition chez des sujets ayant de la rhinite chronique, du catarrhe chronique ou des végétations adénoïdes du pharynx nasal. On peut admettre que souvent c'est en créant une imperméabilité du nez et en obligeant l'enfant à respirer habituellement par la bouche que les maladies des fosses nasales favorisent l'apparition des catarrhes bronchiques. On s'efforcera donc de rétablir la perméabilité des fosses nasales par des lavages appropriés à l'eau boriquée saturée, par des cautérisations avec le galvano-cautère; on combattra la pharyngite par les attouchements avec des solutions iodo-iodurées; s'il y a des végétations adénoïdes du pharynx nasal, on les enlèvera.

La bronchite peut être provoquée ou entretenue par une *affection chronique du poumon, de la plèvre ou du médiastin*. Il faudra donc s'occuper de porter directement les efforts thérapeutiques du côté de l'organe primitivement atteint. Ainsi l'adénopathie trachéo-bronchique, qui résulte le plus souvent de poussées réitérées de bronchites, peut par un cercle vicieux contribuer à en provoquer de nouvelles; l'existence d'une pleurésie chronique, d'une

sclérose du poumon fourniront des indications thérapeutiques. L'emphysème, qui résulte de la broncho-pneumonie, d'accès d'asthme nombreux, engendre et entretient le catarrhe bronchique.

C'est dans la *persistance d'un agent infectieux au fond des bronches dilatées* que trouve son explication la reviviscence périodique de la bronchite chez des sujets ayant eu de la bronchectasie à la suite d'une coqueluche prolongée, d'une bronchopneumonie de longue durée. On soumettra dès lors à une antisepsie aussi complète que possible, par les divers moyens dont nous disposons, le malade même dans l'intervalle des poussées bronchitiques (inhalations d'air comprimé chargé de vapeurs antiseptiques d'eucalyptol, de gaïacol).

Trouve-t-on une *maladie du cœur congénitale ou acquise*, engendrant, soit par fluxions réitérées, soit par stase veineuse, une hypérémie habituelle de la muqueuse bronchique, — on doit se préoccuper avant tout de soutenir la contractilité cardiaque, de pratiquer une déplétion de la circulation (les toniques du cœur dans le premier cas, les purgatifs, les diurétiques dans le second trouvent leur application). C'est également dans l'existence d'une gêne cardio-pulmonaire que la fréquence des bronchites chez les sujets mal conformés du thorax trouve son explication : la *bronchite des gibbeux* doit être soignée comme celle des cardiopathes primitifs.

Si l'examen des urines nous révèle de l'albuminurie,

nous pensons que c'est là une cause certaine de troubles circulatoires (œdème du poumon) et peut-être d'élimination par la muqueuse bronchique de substances excrémentitielles dont l'issue normale par le rein se trouve entravée. C'est par le régime lacté, par les drastiques que l'on traite les *bronchites des albuminuriques*.

Puis vient l'enquête sur l'état diathésique du sujet. Les *bronchites des asthmatiques* sont justiciables des moyens capables de modifier les angio-névroses dont l'asthme est un type.

La cause la plus fréquente de prédisposition aux catarrhes bronchiques et de leur tendance à la chronicité est la diathèse arthritique et le lymphatisme (scrofule).

Pour différentes raisons les *neuro-arthriques* sont enclins à contracter facilement la bronchite : l'instabilité si curieuse de l'équilibre vaso-moteur chez eux, l'adultération de leurs humeurs par l'uricémie et par les autres déchets des oxydations intra-cellulaires imparfaites, leurs sudations profuses sont les plus importantes, celles qui fournissent le meilleur point d'appui à la thérapeutique. On organisera chez eux l'hygiène de l'arthritisme : on régularisera leur circulation cutanée en l'activant par les frictions sèches et alcooliques, térébenthinées ; on améliorera du mieux possible le mouvement nutritif chez eux par les alcalins, par une alimentation appropriée.

Quant aux *lymphatiques*, qui en vieillissant deviennent souvent des arthritiques, on utilise chez eux en première

ligne les iodiques, le tannin. On élèvera aussi le taux de la nutrition ralentie par les mêmes moyens que chez les arthritiques (frictions, etc.)

L'enquête sur la manière de vivre de l'enfant nous permettra de corriger certaines erreurs dans son *habillement* (nécessité de porter constamment de la flanelle sur la peau), dans les *heures où on le sort*, dans ses *jeux*.

Tout cela étudié au point de vue de la prophylaxie, il y a d'ailleurs à mettre en œuvre les moyens médicamenteux.

Les *indications dans les bronchites chroniques* comme dans toute bronchite sont *triples* :

1° On doit s'efforcer de *modifier la nature et l'abondance des sécrétions*.

Trop visqueuses, elles sont difficilement expulsées malgré la toux la plus violente ; trop toxiques par les fermentations qui s'y développent lorsqu'elles séjournent dans les bronches, elles nuisent à la santé de l'enfant par la résorption. On doit donc les *fluidifier*, les *désinfecter*. Les substances les plus convenables, consacrées par la tradition, sont les balsamiques. Parmi ces substances la plupart sont antiseptiques à des degrés divers : acide benzoïque et benzoates, térébenthine et ses dérivés (terpine et terpinol), copahu, cubèbe. Il y a les antiseptiques vrais comme l'eucalyptus, et surtout la créosote et ses dérivés, le goudron. Puis, les sulfureux, sulfites et hyposulfites. Les balsamiques ont encore la propriété de diminuer la quantité de la sécrétion.

2° On doit se préoccuper de *favoriser l'issue des crachats*, tant qu'on n'en a pas tari la source.

Les expectorants trouvent là leur indication : les préparations d'ipéca, d'antimoine, de chlorhydrate d'ammoniaque agissent ainsi. Mais leur emploi suppose un assez bon état des voies digestives.

3° Il convient de *maintenir la toux dans des limites raisonnables* de force et de fréquence. C'est un phénomène à coup sûr indispensable et salutaire, mais quand il n'est pas excessif. Les opiacés, la belladone, les préparations cyanhydriques sont la base de cette médication de la toux.

Les autres indications résident dans la *révulsion* modérée, mais fréquente sur le thorax, — dans l'entretien de la bonne contractilité cardiaque et de la contractilité vasculaire et bronchique (ergotine, digitale, etc.), dans les soins à donner à l'alimentation et à la digestion.

P. Le Gendre.

Le gérant : G. STEINHEIL.

MPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

REVUE PRATIQUE
D'OBSTÉTRIQUE
ET DE PÆDIATRIE

Juin-Juillet 1893

SOMMAIRE :

De l'accouchement gémellaire *(suite)*, par H. VARNIER . . 161
Les présentations du fœtus et leur diagnostic pendant la grossesse, par H. VARNIER 180
Broncho-pneumonies, par P. LE GENDRE. 193
Fièvre, par P. LE GENDRE. 206
Fièvres intermittentes, par P. LE GENDRE. 212
Amygdales, par A. BROCA. 217
Ankyloses, par A. BROCA 220

DE L'ACCOUCHEMENT GÉMELLAIRE *(Suite)* (1).

IV

Le premier fœtus a été expulsé ; son cordon lié en deux points et sectionné; reste à s'occuper du 2e accouchement.

Vous avez suivi nos conseils : le 2e fœtus a la tête en bas ; vous la sentez au travers d'une poche des eaux plus ou moins volumineuse que vous explorez attentivement, afin de vous assurer contre toute procidence. Les battements du cœur sont bons.

Qu'allez-vous faire ? Attendre ou agir ? Question très controversée et depuis bien longtemps.

(1) Voyez *Revue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance*, mai 1893, p. 129.

Les vieux accoucheurs, j'entends ceux du 16e et du 17e siècle, étaient interventionnistes plus ou moins résolus. Louise Bourgeois qui avait « veu assez souvent le premier venir bien, et l'autre venir mal ou demeurer longtemps à venir après l'autre et s'en trouver faible » avait pris le parti « *d'aider au second s'il y a douleur* pour *rompre les membranes* qui enveloppent ses eaux et *s'il n'y en a point, leur donner clystère assez fort pour exciter la douleur* afin de ne laisser pâtir ce faible. »

Nous trouvons là les premiers rudiments de la doctrine expectante des modernes fondée sur la crainte des accidents pouvant résulter de l'évacuation trop rapide d'un utérus en état d'inertie.

Avec Mauriceau l'école française préconise l'action immédiate, qu'il y ait ou non douleur. Après avoir ôté le premier né « on ne fera aucune difficulté de rompre aussitôt les membranes de l'autre enfant pour en faire écouler les eaux (au cas qu'elles ne le fussent pas encore), parce que le premier ayant fait le passage, on accélère par ce moyen la sortie du second, dont on aura soin de l'accoucher, observant toutes les mêmes circonstances qu'au premier sorti ».

Maintenue dans ces limites l'intervention immédiate n'aurait jamais suscité de controverses. Mais les contemporains ou successeurs de Mauriceau dépassèrent la mesure, de Lamotte le premier.

Après avoir rapporté dans son observation 166 l'histoire de la femme d'un masson chez qui, après l'expulsion

d'un premier enfant il ouvrit les eaux du second « ne doutant pas qu'il n'eût le même bonheur dont M. Mauriceau s'est applaudi si souvent », et qui néanmoins n'accoucha que 7 heures après d'un enfant mort, de Lamotte ajoute : « après de si fâcheuses épreuves, je n'y ai été et n'y serai repris de ma vie ; toutes les fois que j'ai accouché une femme et que j'y ai trouvé un second enfant, je n'ai pas résisté un seul moment à finir l'accouchement, à moins qu'il n'arrive quelque chose de pareil à ce que je rapporte dans une observation du premier livre, où le travail du second enfant fut si prompt que je n'aurais pu faire autrement, quand j'en aurais eu la volonté ; mais à l'égard des accouchements semblables à ces derniers, quand j'ai ouvert les membranes pour procurer l'évacuation des eaux, loin de laisser l'accouchement au bénéfice de la nature, et d'exposer la mère à un second travail, souvent plus long et plus difficile que le premier, je coule ma main à côté de la tête de l'enfant, et la conduis jusqu'aux pieds que je joins l'un à l'autre, les tire à moi et finis l'accouchement en un instant en quelque situation que soit l'enfant, bonne ou mauvaise ; assez d'autres exemples et aussi peu agréables que les précédents m'ont déterminé à en user ainsi, au moyen duquel je puis assurer n'en avoir jamais manqué aucun ? »

L'exagération de de Lamotte qu'imitèrent Stein, Deleurye, Saxtorph, devait conduire à une réaction, dont Gardien fut, au commencement du siècle, le principal agent. Je cite tout au long le chapitre qu'il a consacré à la con-

duite à tenir dans l'accouchement du 2° jumeau parce qu'on y trouvera nettement formulés les arguments théoriques sur lesquels se sont depuis lors appuyés les abstentionnistes à outrance et les demi-abstentionnistes dont nous parlerons plus loin.

« Delamotte, Stein, Deleurye, Saxtorph et plusieurs autres ordonnent dans ce cas de percer sur-le-champ la poche des eaux pour aller chercher les pieds, lors même que le second enfant se présenterait de manière que la nature pourrait l'expulser toute seule :

« a) Parce qu'ils pensent qu'il faudrait pour l'expulsion du second enfant un travail plus long et plus laborieux.

« Mais il est faux que la nature éprouve plus de difficultés pour se délivrer du second enfant que du premier. Les parties étant déjà dilatées, la tête franchit bien plus aisément l'orifice en second lieu, à moins que la longueur du travail n'ait épuisé la femme. (Mais dans ce cas, comme je vais le dire, on doit extraire l'enfant, soit en allant chercher les pieds, soit en appliquant le forceps, suivant que la tête est plus ou moins engagée, lorsqu'on reconnaît qu'elle n'avance plus, parce que l'épuisement de la mère a fait cesser les contractions.)

« b) Les parties étant dilatées, disent-ils encore, par le passage du premier enfant, la version fait courir moins de danger au second que si on l'exécute plus tard. Ce raisonnement pourrait tout au plus prouver que quand il est nécessaire de retourner l'enfant, il vaut mieux y procéder immédiatement après la sortie du premier que de différer,

il n'établit pas que la version soit préférable à la terminaison spontanée.

« c) On objecte encore qu'après la sortie du 1er fœtus, les contractions se suspendent le plus souvent, et que ce n'est quelquefois qu'au bout de quelques jours que l'accouchement se termine lorsqu'il est confié aux forces de la nature. Je ne vois d'inconvénients dans ce retard que pour l'accoucheur, qui serait impatient d'être libre, afin de pouvoir se charger de secourir d'autres femmes en couches, s'il s'en présentait à lui.

« On convient aujourd'hui assez généralement que si les douleurs se déclarent peu de temps après la sortie du premier enfant, l'on peut abandonner l'expulsion du second aux efforts naturels, s'il se présente convenablement à l'orifice, toutes les fois que la femme conserve les forces suffisantes pour se délivrer et qu'il n'existe aucun accident.

« Lorsqu'à raison de l'épuisement de la mère ou de quelque accident, *l'art devient nécessaire :* version ou forceps suivant le degré d'engagement.

« Si l'on fait la version, il ne faut pas achever d'extraire l'enfant avant que la matrice se contracte car, en vidant subitement cet organe *dans un moment où il ne s'efforcerait pas d'expulser le fœtus, on s'exposerait à le jeter dans l'inertie.*

« Mais ces mêmes accoucheurs (les abstentionnistes ordinaires) pensent que si les douleurs tardent trop longtemps et que l'on n'ait pas pu opérer la délivrance parce

que les placentas ont entre eux des adhérences qui empêchent d'entraîner l'un sans l'autre, l'extraction du second enfant ne peut être différée aussi longtemps.

« Je crois cependant que si l'on veut *prévenir les pertes* qui ont souvent lieu après les accouchements où la femme porte plusieurs enfants, l'on ne doit pas extraire le second, à moins qu'il n'y ait des accidents, avant que la matrice, revenue sur elle-même, ne s'efforce de l'expulser. *quelque temps qui s'écoule jusqu'au renouvellement des douleurs. Plus on diffère, plus on est sûr de prévenir les pertes.* La conduite que je conseille ici est analogue à celle que tiennent les accoucheurs qui défendent d'opérer le décollement du placenta, tant que la matrice ne se contracte pas. Comme ils établissent que, dans le cas d'inertie, il faut auparavant retirer ce viscère de son état d'engourdissement avant d'opérer la délivrance, si l'on ne veut pas exposer la femme à une hémorrhagie grave, de même il paraît naturel de penser que si l'on veut éviter les pertes, l'on doit attendre les contractions de la matrice avant d'entraîner l'enfant. »

(Enfin la réaction devient folle.)

« Je pense en outre que, *dans le cas même où l'enfant situé de manière à ne pouvoir venir par les seuls efforts de la nature,* quand la matrice se contractera, *on ne doit pas chercher à le retourner, à moins qu'il ne survienne des accidents, tant qu'elle ne s'efforce pas de l'expulser.* Cette conduite qui n'expose à aucun inconvénient (!) est le moyen le plus sûr de *prévenir les pertes par inertie,* qui ont souvent

lieu dans les grossesses composées. Si le second enfant nage dans les eaux de l'amnios, ce qui arrive le plus souvent, il ne peut résulter pour lui aucun inconvénient de ce retard dans la terminaison de l'accouchement : l'avantage qui en résulte pour la mère est très réel et très grand. *Si les eaux sont écoulées, il n'y a rien à craindre non plus pour l'enfant* à raison de ce retard, puisque, pendant tout le temps que l'on diffère, il n'y a point de contractions qui, en comprimant le fœtus, puissent lui devenir nuisibles. »

Voyez-vous s'affermir la doctrine, ébauchée par Louise Bourgeois, des dangers de l'inertie, de la nécessité d'attendre le réveil des contractions utérines, par crainte des pertes qui ont souvent lieu dans les grossesses composées. Cette crainte, née du raisonnement bien plus que de l'observation des faits, est telle que Gardien n'hésite pas à prêcher l'abstention « dans le cas même où l'enfant serait situé de manière à ne pouvoir venir par les seuls efforts de la nature ».

Ce dernier conseil n'a heureusement pas trouvé de défenseurs. Mais le spectre de l'inertie a depuis lors hanté les meilleurs esprits. C'est la crainte des hémorrhagies post partum qui fait dire à Nœgele « s'il ne se déclare pas de nouvelles contractions, *même au bout de quelques heures*, si la femme se trouve bien et s'il ne se produit aucun accident grave tel qu'une hémorrhagie des convulsions, etc., *l'on ne doit rien faire pour accélérer l'accouchement.* »

Moins patients que Nœgele, mais tout aussi terrorisés

que lui par l'inertie, Merrimann, Cazeaux, Hubert de Louvain, qui ne sont que demi-abstentionnistes, vont donner le pire des conseils, celui d'*administrer l'ergot!* dans les cas où les contractions utérines tardent trop à revenir.

« Lorsque les 2 enfants se présentent bien, que l'expulsion du 1er s'est faite naturellement, sans trop de fatigues pour la femme, j'attends, dit Merrimann que les douleurs du 2e enfantement se réveillent : ordinairement cela arrive peu après la sortie du 1er né.

« S'il ne survient pas de douleurs efficaces au bout d'1/4 heure, ou d'une 1/2 heure, je provoque la contraction en frictionnant doucement avec la main la tumeur abdominale, en titillant avec un doigt le col de l'utérus ; si ces excitations portées à la fois sur le col et sur le corps sont inefficaces et que *plusieurs heures se passent sans que la matrice se contracte*, il me paraît *prudent* d'exciter les contractions par la rupture des membranes, *après avoir préalablement administré le seigle ergoté.* »

« On n'oubliera pas que la matrice à moitié vidée par l'issue d'un des jumeaux, a besoin de quelque temps pour revenir sur elle-même et pour reprendre le cours de son labeur. On lui accordera donc le repos dont elle a besoin. Si cependant son inertie se prolongeait outre mesure, on aurait recours aux frictions de son corps et de son fond, à l'agacement de son col, ou, au besoin, au SEIGLE ERGOTÉ (!), d'autant mieux indiqué dans ces cas, et d'autant moins dangereux que la voie est déjà frayée, que les parties

sont bien dilatées, qu'en général, l'enfant est peu volumineux et qu'*on a à redouter une inertie et une hémorrhagie utérines, suites de la fatigue ou de la déplétion trop brusque de l'organe.*

« *La rupture des membranes nous paraît demander beaucoup plus de réserve aussi longtemps que les douleurs ne se sont pas réveillées d'elles-mêmes ou sous l'influence des excitants* (Hubert, de Louvain). »

C'est à peu de chose près l'enseignement de P. Dubois et de son école qui fixe à une heure au plus la durée de l'expectation.

« Dans les 7/8 des cas, dit P. Dubois, il s'écoule à peine une heure sans que les douleurs, suspendues après la naissance du premier enfant se renouvellent pour l'expulsion du second. Cet espace de temps me paraît en conséquence représenter les limites ordinaires de la temporisation.

C'est donc après une heure au plus de calme que les membranes devront être rompues artificiellement; mais, *comme il est désirable* que cette opération ne soit pratiquée que lorsque les contractions utérines se sont ranimées, je crois qu'*il est nécessaire d'employer préalablement tous les moyens propres à obtenir ce résultat. Si l'on n'a pas réussi à réveiller les contractions utérines, il n'en faudra pas moins, après l'expiration du délai que j'ai indiqué, se décider à la rupture des membranes.* Un plus long retard entretiendrait toujours une inquiétude assez vive et n'aurait pas d'objet. »

Que de ruptures de l'utérus ont causées les quelques lignes qui précèdent ; que d'observations identiques à la suivante :

« Coustiou, 29 ans, cordonnière, entre à la Clinique le 14 septembre 1870, et meurt dans la nuit du 15.

« Multipare, 4 accouchements antérieurs à terme. Premières douleurs le 14 à une heure du matin. Rupture des membranes à 9 heures. Terminaison à 1 heure du soir. Enfant vivant de 2750 gr.

« La sage-femme ayant reconnu la présence d'un 2e enfant donne du seigle ergoté pour prévenir l'inertie. Bientôt elle reconnaît une présentation de l'épaule. Deux médecins appelés essaient en vain de faire la version et envoient la malade à la Clinique.

« Entrée à la Clinique le 14 à 8 heures et demi du soir. A l'examen le ventre offre une forme toute particulière. On remarque au niveau de l'hypogastre un enfoncement à y mettre le poing, remontant à un travers de main au-dessus du pubis.

« Au-dessus de cet enfoncement, une masse ronde, saillante, retenue de chaque côté par deux cordes qui ne sont autres que les ligaments ronds. Cette masse dépend de l'utérus ; elle offre en effet comme celui-ci des contractions intermittentes et une rénitence particulière. Elle persiste après qu'on a pratiqué le cathétérisme vésical. M. Tarnier y reconnaît une loge contenant les placentas. Le palper est impossible ailleurs.

« Le bras droit de l'enfant pend hors des parties géni-

tales livides et tuméfiées. Tête à droite et dos en arrière. M. Tarnier pratique la version à 9 heures du soir et extrait un garçon mort-né de 2650 gr.

« A la suite de ces manœuvres diverses, la femme meurt dans la nuit du 15.

« L'autopsie fit constater une rupture de toutes les parties droites de l'utérus de la largeur de la main et ayant amené un épanchement sanguin considérable. »

L'inertie utérine, que nous avons montrée absente du premier accouchement, est-elle donc si fréquente dans le second qu'elle doive à ce point influer sur la conduite à suivre ? Nullement ainsi que le démontrent toutes les statistiques d'accouchements gémellaires abandonnés à eux-mêmes :

Sur 1,487 accouchements de jumeaux qui ont eu lieu en Saxe en 1883, voici, d'après Winckel, comment les choses se sont passées.

Dans	364 cas	le second jumeau	fut expulsé	immédiatement après le 1er.
»	386 cas	»	»	un quart d'heure.
»	301 cas	»	»	une demi-heure.
»	52 cas	»	»	d'une 1/2 heure à 3/4 d'heure.
»	156 cas	»	»	de 3/4 d'heure à une heure.

Soit dans 1,259 cas (84,6 0/0) dans la première heure qui a suivi.

Dans les 228 cas restants le 2e accouchement s'est fait de 1 heure à 22 heures après le 1er.

Kleinwächter a étudié à ce point de vue 262 observations.

119 fois l'intervalle ne dépassa pas un quart d'heure.
78 » » » une demi-heure.
32 » » » une heure.
26 fois il fut de 6 heures et 7 fois de 12.

Il suit de là que si, dans la très grande majorité des cas le second accouchement suit presque immédiatement le premier, il arrive que les contractions peuvent se faire attendre parfois longtemps, plusieurs heures, 1 jour entier et même, bien que rarement, plusieurs jours.

Y a-t-il vraiment inconvénient à faire rentrer dans la règle commune les cas qui auraient tendance à s'en écarter (ce qu'on ne sait jamais à l'avance) en suivant de parti pris, dans tous les cas, *après s'être assuré d'une présentation longitudinale*, la conduite préconisée par Mauriceau?

Non et en voici la preuve : dans le service de M. Pinard la règle de conduite suivie dans l'accouchement gémellaire est celle-ci : après l'expulsion du premier fœtus on fait immédiatement par le palper le diagnostic de l'attitude du second fœtus, on la corrige si elle est vicieuse et après s'être assuré qu'il n'y a pas de procidence, on rompt les membranes sans attendre le réveil des contractions. La région fœtale est ainsi fixée, la rupture des membranes fait son office habituel d'ocytocique ; et l'utérus est si peu inerte que très rapidement le second fœtus est expulsé, profitant de la dilatation de toute la filière que vient de faire le premier.

Sur 147 cas, 140 fois le second accouchement s'est fait dans l'heure qui a suivi le premier savoir :

5	fois	moins de	5	minutes après.
12	»	après	5	—
3	»	»	8	—
27	»	»	10	—
29	»	»	15	—
9	»	»	20	—
6	»	»	25	—
23	»	»	30	—
6	»	»	35	—
2	»	»	40	—
3	»	»	45	—
1	»	»	50	—
1	»	»	55	—
13	»	»	1	heure.

Dans 7 cas seulement, on a noté un intervalle supérieur à une heure.

3	fois.....	2 heures.
1	»	5 h. 30.
1	»	7 h.
1	»	7 h. 15.
1	»	7 h. 30.

Mais il s'agit, ainsi qu'on va le voir, de cas absolument anormaux dans lesquels le premier fœtus expulsé avait très incomplètement frayé la voie. Voici, en effet, ce qui s'est passé dans le cas où l'intervalle entre les deux accouchements a été de 7 h. 15.

Il s'agissait d'une primipare, au terme de 8 mois, entrée le 2 octobre 1890 à la Clinique Baudelocque.

Alors que la dilatation était grande *comme une pièce de cinq francs*, on trouva dans le vagin un fœtus petit et macéré, dont l'expulsion fut aidée par section de circulaires serrés autour d'un bras et du cou. Le second fœtus, vivant, se présente par le siège ; la dilatation étant loin d'être complète, on laisse aller les choses, et ce n'est que 6 h. 30 après l'expulsion du premier que la dilatation paraissant complète, on rompt les membranes et qu'on procède à l'extraction. On avait cessé de percevoir les bruits du cœur 4 heures après l'expulsion du premier fœtus. Les jambes, le siège et le tronc sortent sans difficulté, mais la tête est retenue ; il y a hydrocéphalie. On pratique la perforation qui donne issue au liquide céphalo-rachidien et la tête est alors extraite sans difficulté.

Dans le cas où l'intervalle a été de 7 heures, le premier fœtus était momifié et de petit volume ; le second a été expulsé 10 minutes après la rupture des membranes à la dilatation complète, etc.

Quant à la période d'expulsion dans les 240 cas ci-dessus cités, elle a été dans plus des 2/3 des cas inférieure à 15 minutes.

Pour le 1/3 restant, voici ce qui est noté pour 70 cas :

1 fois	20	minutes
1 »	25	—
9 »	30	—
2 »	45	—

1 fois	.....	50 minutes.
1 »	.....	55 —
2 »	.....	1 heure.

Il faut avouer que l'inertie des auteurs ne se rencontre guère. J'ajouterai que dans aucun de ces 140 cas la déplétion utérine n'a entraîné le moindre accident imputable à l'inertie.

Une preuve encore que l'inertie est absente du 2e accouchement comme du premier, c'est la rareté de l'emploi du forceps (2 cas) ou de l'abaissement d'un pied (2 cas) pour l'extraction du second jumeau.

En résumé, rien de plus simple que la conduite à tenir lorsqu'après l'expulsion du 1er jumeau, le second présente la tête ou le siège sans procidence :

Rompre les membranes et se comporter ensuite comme dans l'accouchement simple, c'est-à-dire laisser faire la nature à moins qu'il ne surgisse une indication d'intervention plus active.

Si le deuxième jumeau présente la tête mais qu'il y ait une procidence irréductible, ou s'il y a présentation de l'épaule irréductible (ce qui est exceptionnel), terminer immédiatement par la version par manœuvres internes. Mais c'est là un pis-aller. Rien ne vaut, encore une fois, l'accouchement tête première.

12 fois en effet on a eu recours à la version par manœuvres internes pour extraire le second fœtus se présentant par l'épaule ; six enfants seulement sont sortis vivants de l'hôpital.

V

Avant d'envisager la façon dont il faut se comporter pendant la période de délivrance dans l'accouchement gémellaire, il nous faut dire quelques mots de la dispotion la plus commune des annexes des deux fœtus.

La règle est que chaque enfant soit renfermé dans une poche distincte (1 seule fois sur nos 148 cas la poche était unique) et qu'il ait son placenta séparé, ou tout au moins son territoire spécial sur une masse placentaire en apparence unique.

C'est cette seconde disposition qui est la plus commune. Il y a deux poches séparées par une cloison amniotique ou chorio-amniotique formée par la juxtaposition des œufs distincts ; et à la périphérie de cet œuf double une masse placentaire unique en apparence, formée par la juxtaposition des deux placentas. C'est ce qui s'est présenté dans 79 des 148 cas sur lesquels porte cette étude.

« J'en ai receu plusieurs fois deux d'une ventrée, disait déjà Louise Bourgeois ; de dix je n'en ay pas trouvé deux qui eussent chacun leur délivre à part, tous presque n'en ont qu'un pour les deux ou il n'y a qu'une petite membrane qui les sépare. »

Il est en effet moins fréquent de voir les deux placentas nettement séparés et réunis tout à la fois par un pont membraneux. Nous avons cependant noté cette disposition 69 fois.

On comprend qu'avec des annexes ainsi disposées la

délivrance se fasse en une seule fois et seulement après la naissance du second enfant. Ce n'est que dans quelques cas exceptionnels (2 fois sur nos 164 observations) que le premier fœtus est suivi de son délivre. Il faut pour cela que les deux œufs ne présentent entre eux que des rapports de contiguïté et soient séparables en totalité par un léger effort. C'est alors que si l'on n'y prend garde, on peut comme de la Motte ne pas soupçonner la présence du second fœtus. C'est alors aussi que parfois, lorsqu'on eut fait le diagnostic, on a pu se poser la question suivante :

Il y a grossesse double ; un fœtus, suivi de son délivre, vient d'être expulsé prématurément. N'est-on pas autorisé si le second ne suit pas spontanément, à laisser la grossesse, maintenant unique, suivre son cours ?

On a là-dessus répandu des flots d'encre. Nous n'hésitons pas pour notre part à trancher cette question byzantine : Nous rompons les membranes du second fœtus pour en hâter l'expulsion, comme dans les cas ordinaires.

« Loin de prodiguer des louanges aux accoucheurs qui avaient aidé quelques-unes de ces femmes dans leur premier travail, dit Baudelocque, et d'admirer leur prudence, comme l'a fait plus d'une fois le public ignorant qui a cru ce délai nécessaire à la perfection du second enfant, nous pensons que ces accoucheurs ne pouvaient donner de plus fortes preuves d'ignorance ou d'inattention, et que le succès qui a suivi leur conduite ne peut les en excuser aux yeux des gens instruits. »

Des dispositions anatomiques signalées plus haut il

découle tout naturellement que jamais on ne doit chercher à pratiquer la délivrance avant l'expulsion du second enfant.

La délivrance ne se fait qu'en dernier lieu ; et le plus souvent elle ne présente pas de difficultés particulières.

Dans 119 cas où sa durée a été notée, nous trouvons :

Moins de	5 min.	7 fois.		Moins de	45 min.	6 fois.	
	5 »	7 »			50 »	7 »	
	10 »	11 »			55 »	2 »	
	15 »	6 »			1 h.	6 »	
	20 »	12 »			1 h. 10	1 »	
	25 »	5 »			1 h. 15	1 »	
	30 »	31 »			1 h. 20	2 »	
	40 »	9 »			2 h. 10	1 »	

Les indications de la délivrance naturelle, par tractions sur le cordon et expression combinées sont les mêmes que dans l'accouchement simple.

Lorsque l'arrière-faix est engagé dans le vagin et seulement alors le moment est venu d'aider à son expulsion.

Sur quel cordon doit-on tirer ?

Paul Dubois, Depaul, Tarnier conseillent de tirer sur le cordon du 2e enfant, sous prétexte que c'est habituellement son placenta qui descend le premier dans le vagin.

Il nous paraît plus rationnel d'exercer les tractions sur le cordon du placenta, quel qu'il soit, qui s'engage ou tend à s'engager le premier.

Dans aucun cas il ne faut tirer sur les deux cordons enroulés parce que l'on attirerait simultanément les deux placentas qui doivent sortir l'un après l'autre.

Les indications de la délivrance artificielle n'ont ici rien de spécial.

S'il y a hémorrhagie ou si la délivrance tarde trop à se faire par suite du non décollement total ou partiel du délivre, il faut faire cette délivrance artificielle.

Sur les 121 cas où le mode de délivrance est noté nous en trouvons 10 où la délivrance a été artificielle ; 4 fois l'indication a été une hémorrhagie survenant plus ou moins rapidement après l'expulsion du second fœtus et qui, dans aucun cas, n'a donné d'inquiétudes sérieuses ; dans les 6 autres cas c'est la prolongation de la période de délivrance qui a déterminé l'intervention.

Après la délivrance il est prudent de faire une injection très chaude et de surveiller ou faire surveiller attentivement l'accouchée pendant quelques heures.

Nous avons en effet observé 7 fois une hémorrhagie légère ou abondante après la délivrance, dont une fois 4 heures après. Ces hémorrhagies ont toujours cédé à l'injection chaude.

(*A suivre.*) H. VARNIER.

LES PRÉSENTATIONS DU FŒTUS ET LEUR DIAGNOSTIC PENDANT LA GROSSESSE

Les différentes attitudes que peut présenter le fœtus à terme ou près du terme, et dont il est capital de pouvoir faire le diagnostic avant tout début de travail, sont régies par une loi dite de l'accommodation, ainsi formulée par Pajot :

« Quand un corps solide est contenu dans un autre, si le contenant est le siège d'alternatives de mouvements et de repos, si les surfaces sont glissantes et peu anguleuses, le contenu tendra toujours à accommoder sa forme et ses dimensions aux formes et à la capacité du contenant. »

I

1° Comparant la forme de l'utérus gravide à terme et son diamètre maximum à la forme et aux dimensions du fœtus étalé on comprend de suite la nécessité d'une flexion outrée de celui-ci sur son plan ventral. Cette flexion outrée substitue au diamètre maximum du fœtus déployé (50 cent.) un diamètre de 25 centimètres environ, juste logeable dans l'utérus.

2° Le fœtus ainsi enroulé constitue, à terme ou près du terme, un ovoïde dont le grand axe est céphalo-pelvien; il s'ensuit que le fœtus se place en long dans l'utérus :

Tête en bas, siège en haut: présentation de l'extrémité céphalique.

Siège en bas, tête en haut: présentation de l'extrémité pelvienne.

3° L'ovoïde fœtal normal est gros du siège, petit de la tête. Par conséquent dans l'ovoïde utérin gros du fond, étroit du bas, le fœtus met habituellement sa tête en bas et son siège en haut.

C'est ainsi, 95 fois sur 100.

Dans les autres cas restants le fœtus met son siège en bas, sa tête en haut; cette attitude est comme la précédente régie par la loi d'accommodation.

Seulement l'un des deux facteurs de l'accommodation a changé son gros bout de place. Ou bien c'est l'utérus par suite d'une conformation anormale congénitale ou acquise ; ou bien c'est le fœtus (hydrocéphalie, siège décomplété mode des fesses).

Enfin plus exceptionnellement encore on voit le fœtus se placer non plus en long mais en travers, présenter le tronc, le côté du tronc, à l'entrée du bassin et cela toujours en vertu de la même loi d'accommodation : par exemple dans les utérus malformés, à éperon, à grand axe transversal.

Voilà donc dans l'utérus gravide à terme, à forme définie, 3 présentations possibles qui sont : par ordre de fréquence :

La présentation de l'extrémité céphalique,

La présentation de l'extrémité pelvienne,

La présentation du tronc,

Ces trois présentations, dans les conditions d'accommodation parfaite où nous nous sommes placés pour étudier la loi, chez la primipare, forment une première catégorie :

Ce sont les *présentations franches ou définitives.*

C'est-à-dire que si, par les procédés que nous étudierons tout à l'heure, vous examinez l'attitude du fœtus pendant le dernier mois, tous les jours, vous trouverez :

Toujours la tête en bas.

Toujours le siège en bas.

Toujours la tête dans la fosse iliaque, le fœtus en travers.

Comment voulez-vous en effet que dans l'utérus normalement ou anormalement développé que nous avons envisagé jusqu'ici, à forme nettement définie, alors que la paroi utérine s'applique comme un gant sur le fœtus, qu'il existe assez peu de liquide relativement au volume de celui-ci pour que, sur une coupe, vous ayez de la peine à voir où l'eau peut bien trouver place, le fœtus puisse rester mobile. L'impossibilité de ces mutations spontanées de présentation saute aux yeux.

Mais ces mutations spontanées vont au contraire devenir la règle dans les conditions d'accommodation imparfaite où nous allons nous placer maintenant :

Supposez un instant que l'utérus, en dehors de l'hydropisie de l'amnios, puisse ressembler jamais, vu sur une

coupe, à ces espèces de ballons Godart que représentent habituellement les livres classiques, ballons dans lesquels le fœtus, commodément assis à la turque, nage à son aise dans des flots de liquide le séparant partout de la paroi et qui illustrent (O logique obstétricale) les chapitres où le texte dit : c'est la forme de l'utérus qui régit l'attitude fœtale.

Que va-t-il arriver ?

C'est que le fœtus, libre d'évoluer à sa guise, va changer d'attitude autant de fois qu'il lui plaira, non seulement d'un jour à l'autre, mais d'une heure à l'autre.

Dans ce va-et-vient perpétuel vous le rencontrerez :

Tantôt en présentation de l'extrémité céphalique.

Tantôt en présentation de l'extrémité pelvienne.

Tantôt en présentation de l'épaule.

Et suivant que le travail de l'accouchement le surprendra en telle ou telle attitude, il sera expulsé :

Par l'extrémité céphalique.

Par l'extrémité pelvienne.

Par l'épaule.

J'ai, à dessein, exagéré les conditions favorables à la production de ces *présentations transitoires*.

Mais il n'est pas besoin que la chambre soit si vaste, le liquide si abondant.

Il suffit que l'utérus, au lieu d'être comme un gant neuf, soit comme un vieux gant, que sa paroi fatiguée par des distensions répétées, non soutenue par une paroi abdomi-

nale effondrée, ait perdu la forme définie que lui assuraient et sa tonicité et la ceinture abdominale musculo-aponévrotique en bon état.

C'est ce qui arrive chez les multipares, chez les grandes multipares, et c'est pourquoi les présentations autres que celle de l'extrémité céphalique se rencontrent plus souvent chez les multipares que chez les primipares.

D'où l'on doit conclure qu'il faut d'autant plus craindre les présentations de l'épaule, qui sont celles s'écartant le plus de la normale, que la femme a accouché plus de fois *normalement*.

Pour vous graver ce fait dans l'esprit, je vous dirai que pendant mes deux années d'internat à Lariboisière, j'ai vu 3 femmes mourir de rupture utérine par présentation de l'épaule, et qu'elles étaient : 2 tertipares, 1 VIIIpare ayant toujours bien accouché jusque-là.

Prenez la thèse de Potocki, vous y verrez que sur 19 observations où l'on dut pratiquer l'embryotomie pour présentation de l'épaule négligée il y avait :

1 secondipare.	1 VIIIpare.
3 tertipares.	1 IXpare.
2 IVpares.	1 Xpare.
3 Vpares.	1 XIpare.
1 VIpare.	1 XIIIpare.
1 VIIpare.	

Soit sur 19 = 16 multipares dont 15 ayant accouché plus de 2 fois.

A cette seconde catégorie de présentations, qui échappent à la loi dont l'un des facteurs n'existe plus, M. Pinard donne le nom de *présentations accidentelles ou fortuites.*

Il est encore une autre raison qui fait que les multipares sont plus exposées que les primipares aux présentations *accidentelles ou fortuites;* c'est que non seulement, en vertu de la tonicité normale utéro-abdominale la tête, l'extrémité céphalique se met le plus souvent en bas chez les primipares; mais qu'aussi, à partir du moment où elle s'est mise franchement en bas, soit à partir de 7 mois 1/2, cette même tonicité utéro-abdominale la force à descendre, à s'engager dans le bassin avec le segment inférieur de l'utérus.

La tête engagée est *définitivement fixée;* elle ne pourra plus sortir du bassin que par en bas, au moment de l'accouchement.

Supposez au contraire une grande multipare, à parois abdominale et utérine flasques.

Malgré tout, l'extrémité céphalique est en bas; mais la paroi abdominale ne forçant plus l'utérus à descendre dans le bassin, l'extrémité céphalique ne descend pas non plus, ne s'engage pas.

Elle va rester à l'entrée du bassin jusqu'au moment de l'accouchement. Surviennent les contractions, la tête file, glisse dans la fosse iliaque et voilà votre présentation de l'extrémité céphalique transformée en présentation du tronc, voire en présentation de l'extrémité pelvienne.

Je ne veux pas insister davantage aujourd'hui sur cette notion capitale de l'engagement de la tête à la fin de la grossesse.

J'ajoute que l'extrémité céphalique seule s'engage pendant la grossesse.

C'est tout ce que nous avons besoin de savoir pour l'instant.

Résumons ce premier chapitre :

Qu'elles soient franches et définitives, ou accidentelles et fortuites, les trois présentations que vous pouvez rencontrer au cours de la grossesse sont :

La présentation de l'extrémité céphalique, engagée ou non.

La présentation de l'extrémité pelvienne, jamais engagée.

La présentation de l'épaule, jamais engagée.

Le terme présentation est employé en obstétrique dans 2 acceptions : il indique tantôt la façon dont le fœtus se présente, tantôt la région fœtale qui s'engage ou tend à s'engager au détroit supérieur du bassin.

Abordons maintenant, un second chapitre : le chapitre des *positions*.

II

Jusqu'ici en effet nous ne nous sommes occupés de placer dans l'utérus que les deux bouts de notre ovoïde fœtal.

Il nous faut maintenant *orienter* cet ovoïde dans l'utérus, c'est-à-dire rechercher quelle est la *position* habituelle du dos ou du ventre par rapport à la paroi utérine.

Prenons par exemple le *dos* pour point de repère.

Nous concevons à priori que ce dos puisse se placer dans *quatre positions cardinales*, c'est-à-dire que l'utérus étant considéré en place, dans le ventre, le dos du fœtus puisse regarder :

Directement en avant.

Directement en arrière.

Directement à gauche.

Directement à droite.

Pour trancher cette question reprenons une fois encore l'étude comparative de l'utérus et du fœtus.

Et pour cela faisons d'abord l'étude comparative de la forme et des dimensions de l'utérus sur une coupe médiane, verticale et antéro-postérieure et de la forme et des dimensions du fœtus sur une coupe de même nature.

Voyez l'utérus (fig. 1) :

C'est un haricot dont le hile est formé par la saillie de la colonne lombo-sacrée.

Voyez par la pensée le fœtus fléchi sur son plan ventral :

C'est aussi un haricot dont le hile correspond à la face ventrale, et toujours, pendant la grossesse, à la face ventrale.

Si nous essayons, sur la coupe médiane de placer le

FIG. 1. — Coupe de ZWEIFEL et BRAUNE.

Présentation du sommet, dos à droite. — Accommodation parfaite.

dos de notre fœtus, c'est-à-dire sa surface convexe, sur la paroi postérieure, également convexe, de l'utérus soulevé par la colonne vertébrale, la loi de l'accommodation s'oppose à ce qu'il tienne en place.

Et de fait, jamais, pendant la grossesse, vous ne trouverez le fœtus ayant son dos ainsi placé.

Mais retournons le fœtus et opposons à la paroi postérieure de l'utérus, convexe, soulevée par la colonne vertébrale, la paroi ventrale de notre fœtus, concave. Cela va mieux et d'autant mieux que la paroi dorsale convexe du fœtus vient naturellement se loger derrière la paroi antérieure concave de l'utérus doublée par la paroi abdomino-pelvienne également concave.

Il semble donc que si la première position, dorso-postérieure directe, est impossible, la seconde position que nous venons d'examiner soit possible.

Or, l'observation clinique moderne, corroborée par les recherches anatomiques, montre que jamais pendant la grossesse on ne trouve le dos du fœtus ainsi placé, c'est-à-dire directement en avant.

Toujours on trouve le dos d'un côté, le ventre de l'autre.

C'est-à-dire, puisque nous avons pris le dos comme point de repère :

Toujours le dos à gauche.

Toujours le dos à droite.

Pourquoi cela ? C'est encore une des conséquences de la loi de l'accommodation.

Reprenons en effet le fœtus (coupe médiane) et considérons-le successivement de profil et de dos.

Nous verrons ce que Smellie a très bien indiqué, à savoir que :

« Il y a beaucoup moins de distance d'un côté à l'autre, que du devant au derrière, parce que ses cuisses et ses jambes sont repliées le long de son ventre et de son estomac et qu'il a la tête repliée en avant sur la poitrine.

Or, faisons une coupe transversale de l'utérus. Et nous verrons que la matrice a, elle aussi, moins de diamètre de derrière en devant, que d'un côté à l'autre.

Conclusion : le dos se met d'un côté ou de l'autre.

Et cela, qu'il s'agisse d'une présentation de l'extrémité céphalique ou d'une présentation de l'extrémité pelvienne.

Nous dirons donc :

position gauche.
position droite.

Et comme le dos est à une des extrémités du diamètre transverse de l'utérus, nous ajouterons : variété *transversale*.

Il ne nous reste plus à orienter que la présentation du tronc.

En imaginant cette même coupe transversale de l'utérus vous pouvez comprendre que si pendant la grossesse le fœtus se présente par le tronc, il ne puisse le faire

qu'en mettant sa face ventrale en rapport avec la paroi postérieure de l'utérus, et sa face dorsale en rapport avec la paroi antérieure de celui-ci.

Donc, *pendant la grossesse*, vous n'observerez jamais que des présentations du tronc en position *dorso-antérieure ;* c'est-à-dire que si la tête peut se mettre, tantôt dans la fosse iliaque gauche, tantôt dans la fosse iliaque droite, toujours le dos sera en avant.

Résumé.

Pendant la grossesse, avant tout début de travail, le fœtus, réduit par pelotonnement (pelotonnement qui, du fait des faibles contractions de l'utérus gravide, ne peut exister que par *flexion*) ne peut être rencontré que dans les attitudes suivantes :

Extrémité céphalique engagée ou non.

Extrémité pelvienne non engagée.

Tronc non engagé.

Voilà pour les présentations.

Vous voyez que je dis : extrémité céphalique, je puis ajouter fléchie plus ou moins.

La face est exclue car elle ne peut résulter que d'une déflexion, absolument antiphysiologique, que peuvent produire seules les contractions du travail.

Positions.

Présentation de l'extrémité céphalique ou de l'extrémité pelvienne.....		*dos à gauche.* *dos a droite.* (ne pas tenir compte si le dos est un peu en avant ou un peu en arrière car cela ne devient intéressant qu'au moment du travail.)
Présentation du tronc...	*toujours dos en avant mais....*	*tête à gauche.* *tête à droite.*

(*A suivre.*) H. VARNIER.

BRONCHO-PNEUMONIES (1)

La broncho-pneumonie survenant toujours au cours d'un autre état morbide, son début n'est pas toujours facile à préciser et cependant il est utile de le connaître pour instituer le plus tôt possible la thérapeutique appropriée.

Si l'affection primitive est une bronchite ou la coqueluche, c'est la modification de la toux, l'élévation de la température, c'est l'examen stéthoscopique qui nous avertissent de l'extension du processus inflammatoire aux alvéoles.

Il en est de même dans la diphtérie et après la trachéotomie où l'on guette avec tant d'anxiété l'apparition de cette complication terrible. Si c'est dans le cours d'une rougeole que la broncho-pneumonie apparaît, la toux, la dyspnée, l'augmentation ou la réapparition de la fièvre, quelquefois l'explosion de convulsions sont les premiers symptômes de la complication pulmonaire.

S'il s'agit d'une broncho-pneumonie d'origine intestinale, c'est au cours d'une gastro-entérite, d'une diarrhée, d'une dysenterie que la toux, la fièvre et la dyspnée attirent l'attention et excitent à ausculter l'enfant.

Les recherches microbiologiques sur la pathogénie des

(1) Nous présentons aujourd'hui aux lecteurs de la *Revue pratique*, quelques extraits du *Traité de thérapeutique infantile* en cours d'impression, qui sera dû à la collaboration de nos amis les Drs Paul Le Gendre, médecin des hôpitaux, et A. Broca, chirurgien des hôpitaux.

broncho-pneumonies sont venues expliquer pourquoi ces inflammations du parenchyme pulmonaire sont toujours secondaires à d'autres états morbides. Elles n'ont peut-être pas beaucoup avancé le problème du traitement, mais elles ont certainement éclairé la prophylaxie. Nous savons que les microbes fauteurs de broncho-pneumonies sont tantôt des hôtes normaux de la bouche ou des cavités nasales qui deviennent virulents ou dont la virulence s'accroît au cours de divers états morbides et qui alors, au lieu de rester cantonnés dans les premières voies respiratoires, descendent jusqu'aux dernières ramifications bronchiques pour infecter les lobules pulmonaires, tantôt des microbes venus par le sang d'un autre point de l'organisme, de l'intestin par exemple, tantôt des microbes venus de malades atteints eux-mêmes de broncho-pneumonie. Pour employer la classification de Netter, il y a donc des broncho-pneumonies par auto-infection, d'autres par hétéro-infection.

La *prophylaxie* peut devenir puissante en s'appuyant sur ces notions pathogéniques. Ainsi dans les maladies que l'observation clinique nous a appris être souvent compliquées de broncho-pneumonie, il est indispensable désormais d'instituer l'antisepsie buccale au moyen de lavages fréquents de la bouche, du pharynx et des cavités nasales avec des liquides antiseptiques.

L'eau boriquée saturée, les solutions de borate de soude, d'acide phénique faibles, de thymol sont les plus convenables.

On ne peut espérer sans doute stériliser par ces moyens les cavités en questions ; mais cette objection est sans valeur, il nous suffira de gêner la multiplication des microbes et d'entraver leur virulence, de ne pas leur fournir de milieu de culture favorable en respectant, comme on le fait trop souvent le tartre dentaire, les débris alimentaires.

Ainsi dans la rougeole, la coqueluche, la fièvre typhoïde, etc., ou se trouvera d'autant mieux de pratiquer d'abondantes irrigations naso-pharyngiennes qu'on évitera ainsi aux enfants d'autres complications possibles, comme les otites, les inflammations des sinus, des glandes salivaires qui peuvent être infectées par leurs voies d'excrétion.

On préviendra l'auto-infection d'origine intestinale, ces broncho-pneumonies par coli-bacille étudiées par M. Sevestre et ses élèves, Lesage, etc., en faisant l'antisepsie intestinale par les naphtols, le calomel, les lavements. Pour prévenir l'hétéro-infection on évitera aux enfants atteints de fièvres éruptives, surtout de rougeole et de coqueluche, le voisinage de malades atteints de pneumonies et de broncho-pneumonies. On évitera, dans les hôpitaux et les crèches, l'encombrement ; on assurera la ventilation.

Dans le traitement de toute broncho-pneunomie il y a lieu d'attacher une importance capitale aux *conditions d'hygiène*. L'enfant doit être placé dans une chambre spacieuse, on ne laissera pas son lit dans une alcôve étroite ;

il faut lui assurer un cubage d'air fréquemment renouvelé. Pour assurer ce renouvellement on ne craindra pas, si la température extérieure est élevée dans la belle saison. d'ouvrir les fenêtres de temps en temps. En hiver, on entretiendra dans la cheminée un bon feu de bois; car les émanations de la houille et du coke entraînent forcément une viciation de l'air. On s'assurera que la température reste à peu près constante à 18 degrés et on préviendra la sécheresse de l'air en faisant évaporer d'une façon fréquente de l'eau additionnée de substances aromatiques et antiseptiques (acide phénique et teinture de benjoin).

L'enfant, s'il est en bas âge, ne sera pas laissé longtemps de suite dans son berceau. Le décubitus dorsal favorise la congestion passive; aussi le prendra-t-on souvent dans ses bras. L'enfant plus âgé sera couché tantôt sur un côté, tantôt sur l'autre. On fera son lit de façon qu'il ne soit pas trop mou; on installera derrière lui des coussins de crin formant un plan incliné. Dans les maladies d'allures typhoïdes on utilisera même de temps en temps le décubitus abdominal. L'enveloppement permanent des jambes dans des bottes d'ouate et de taffetas gommé constitue une excellente pratique chez les jeunes enfants.

Pour instituer le traitement proprement dit, il faut bien analyser les causes du danger dans la maladie qui nous occupe. L'asphyxie, par obstruction bronchique alvéolaire sur une étendue excessive, l'insuffi-

sance cardiaque, l'hyperthermie entraînant les désordres nerveux, l'affaiblissement graduel par cachexie dans les formes prolongées sont les éléments de la gravité dans la broncho-pneumonie. Mais ils se montrent avec une intensité des plus variables, les uns et les autres, dans chaque cas particulier, ce qui rend cette maladie une des plus difficiles à soigner. Les auteurs se sont efforcés d'établir des formes cliniques d'après le groupement des divers éléments morbides, d'après la rapidité de la marche, afin de préciser les indications thérapeutiques les plus convenables dans chacune de ces formes, forme suraiguë ou catarrhe suffocant, forme aiguë, forme subaiguë cachectique. On pourrait dire qu'il y a lieu surtout d'envisager au point de vue du traitement les cas dans lesquels prédominent les dangers d'asphyxie (*formes asphyxiques, congestives*), ceux où le danger vient surtout de l'asystolie (*formes cardioplégiques*), ceux où les phénomènes généraux d'ordre nerveux (délire, convulsions) sont surtout sous la dépendance de l'élévation excessive de la température (*formes hyperthermiques ou nerveuses*), ceux enfin où le danger réside dans l'insuffisance de la nutrition (*formes asthéniques, cachectisantes* ou *athrepsiantes*). Mais il ne faut pas perdre de vue que ces distinctions et classifications sont des schémas arbitraires, et que dans la réalité on peut rencontrer au cours d'une broncho-pneumonie ces diverses tendances successivement.

Le danger d'asphyxie est au maximum dans les formes où à une bronchite diffuse des bronches moyennes, succède

rapidement l'inflammation des bronchioles sus-lobulaires et des lobules avec un raptus congestif qui a pour conséquence d'aplatir par l'afflux du sang les alvéoles déjà encombrés par la desquamation épithéliale, l'exsudat fibrineux et la diapédèse leucocytique; c'est là le vrai catarrhe suffocant. C'est à la révulsion sous ses diverses formes que l'on demande les moyens de combattre la congestion, c'est aussi aux vomitifs. Mais il y a lieu de bien distinguer les étapes successives que suit plus ou moins vite le processus morbide sous ces deux manifestations, obstruction bronchique et hyperhémie. Quand les bronches de calibre moyen sont seules encombrées des produits de sécrétion et de desquamation, ou quand les fines bronches ne sont prises encore que sur quelques points restreints, la médication expectorante et la médication vomitive sont légitimes, pouvant être efficaces, surtout si le sujet n'est pas déjà cachectisé par quelque maladie antérieure ; il en est de même quand les signes de congestion ne sont ni trop généralisés, ni trop intenses. Les expectorants visent surtout l'obstruction bronchique, le kermès et l'oxyde d'antimoine, le chlorhydrate ou le carbonate d'ammoniaque, le polygala. Le seul vomitif à employer est l'ipéca.

Mais quand l'état d'asphyxie est déjà caractérisé, il faut renoncer à ces moyens qui, en achevant de déprimer les forces nerveuses, retireraient au malade les dernières chances de salut. Les révulsifs usités sont : les badigeonnages de teinture d'iode, les cataplasmes sinapisés, les ventouses sèches, le vésicatoire, le bain sinapisé. Parmi

ces moyens, ceux que je considère comme les meilleurs, sont les ventouses, les cataplasmes sinapisés et les bains sinapisés. Les badigeonnages iodés sont tout au plus utiles contre la bronchite légère, comme moyen très accessoire et un peu destiné à occuper l'entourage qui désire toujours multiplier les moyens d'action.

La question de l'utilité du vésicatoire est toujours pendante. Tous les anciens auteurs les conseillaient ; beaucoup parmi les contemporains et des plus recommandables s'en servent encore, sans s'accorder toutefois sur les indications précises de leur emploi. Rilliet et Barthez le prescrivent dans la forme aiguë en cas de poussée congestive, ou quand il y a hépatisation ; d'Espine et Picot, seulement dans la forme pneumonique avec hépatisation et dans les formes subaiguës ou chroniques ; Henoch en parle sans enthousiasme ; Baginski n'en parle pas et Netter leur trouve plus d'inconvénients que d'avantages.

Je pense, un peu comme ce dernier, qu'on peut faire de mauvaise besogne en les mettant intempestivement dans les formes aiguës, parce que leur application, leurs pansements, les complications qu'ils peuvent faire naître, ne sont pas compensés par la sédation minime qu'ils procurent dans la dyspnée, d'autant que nous avons dans les enveloppements hydropathiques des moyens beaucoup plus rapides et plus puissants. Si leur utilité est acceptable, c'est dans les formes subaiguës ou chroniques pour aider à la résolution d'exsudats traînants. Les enveloppe-

ments du thorax dans les compresses humides font partie des pratiques d'hydrothérapie sur lesquelles nous allons revenir tout à l'heure à propos de la fièvre et des troubles nerveux, et nous en indiquerons alors le mode d'application.

Lorsque l'entrave apportée à la respiration est rapidement très grande, ou, quoique modérée, dure depuis assez longtemps, on voit survenir les signes de la détresse cardiaque, pouls petit, d'une rapidité excessive, puis irrégulier, fait particulièrement grave chez l'enfant dont l'énergie cardiaque est grande ; la rapidité du pouls n'est pas d'une signification aussi inquiétante quand la température est très élevée que lorsqu'elle accompagne une température moyenne. C'est dans ce dernier cas qu'il y a indication surtout à recourir aux médicaments toniques du cœur, digitale, spartéine, strophantus, caféine.

La fièvre qui découle de l'intoxication, c'est-à-dire de l'imprégnation des centres nerveux thermogènes par les poisons microbiens partis des foyers broncho-pneumoniques, tient sous sa dépendance et les troubles nerveux cérébraux (agitation, délire, convulsions), et l'accroissement de la dyspnée et le dérèglement du cœur et des centres vaso-moteurs. L'hyperthermie constitue donc un des plus gros dangers des broncho-pneumonies. L'observation quotidienne nous apprend qu'il y a lieu de la combattre en elle-même, parce qu'à elle seule elle peut amener la mort et parce qu'elle contribue toujours à aggraver la situation.

Les médicaments dits antithermiques ne doivent inspirer qu'une confiance modérée. Ceux qu'employaient nos anciens, l'aconit, la digitale, la quinine, nous paraissent agir, quand ils agissent utilement, par un autre procédé que l'antipyrèse. L'aconit qui peut calmer un peu la toux et l'éréthisme circulatoire, utile dans les bronchites, me paraît plus nuisible dans les broncho-pneumonies. Car d'une part, il ne faut pas faire cesser la toux, phénomène utile, essentiellement décongestionnant des vaisseaux et désobstruant des bronches ; d'autre part, il ne faut pas paralyser les centres nerveux vaso-moteurs sous prétexte de diminuer la fièvre en ralentissant la circulation. La digitale, du moins, tonifie le cœur en diminuant le nombre de ses contractions ; mais ce n'est pas un antithermique. Quant à la quinine, elle n'est antithermique que dans les maladies où elle agit directement comme antiseptique sur les microbes pathogènes, dans la fièvre palustre, dans la fièvre typhoïde, dans certaines formes d'infection streptococcique (fièvre puerpérale). Dans les broncho-pneumonies pas plus que dans la pneumonie lobaire, on ne constate qu'elle abaisse la température, même à doses élevées. Si on peut l'utiliser, c'est à doses fractionnées, plutôt comme tonique du système nerveux, seulement dans les formes subaiguës prolongées (d'Espine et Picot).

Que dire des autres antithermiques dont la chimie contemporaine a enrichi la matière médicale ? Le salicylate de soude, l'antipyrine, l'acétanilide, la thalline

n'abaissent la température qu'au prix d'inconvénients sérieux ou même de dangers graves : irritation rénale, épuisement cardiaque, diaphorèse affaiblissante, troubles de l'hématose par destruction globulaire. Nous pensons que tous ces médicaments doivent être proscrits du traitement de la broncho-pneumonie.

C'est à l'emploi judicieux de l'hydrothérapie qu'il faut demander le moyen de lutter contre la fièvre et les troubles nerveux dans cette maladie. Les enveloppements partiels dans des compresses humides, l'enveloppement total dans le drap mouillé, le bain tiède avec ou sans affusions froides sont les ressources que nous offre ici la médication hydrique. Les bains froids ne peuvent être utilisés que dans des cas exceptionnels, par exemple chez les enfants atteints de fièvre typhoïde, quand on les a traités dès le début par la balnéation froide.

Pour employer les compresses réfrigérantes, nous faisons préparer des compresses de tarlatane pliées en plusieurs doubles, d'une longueur et d'une hauteur suffisante pour envelopper tout le thorax. Elles sont imbibées d'eau froide à la température de la chambre, additionnée de 1/4 d'alcool et exprimées de manière à rester seulement humides.

L'enfant est rapidement déshabillé, on lui roule la compresse autour du thorax, par-dessus on place un taffetas gommé et on enveloppe le reste du corps dans une couverture de laine.

On renouvelle cet enveloppement tous les quarts d'heure

d'abord, puis toutes les demi-heures, toutes les heures. On se guide sur la dyspnée, c'est-à-dire sur la fréquence et l'amplitude des respirations, la température, l'état nerveux pour espacer plus ou moins cet enveloppement. L'effet habituel dans les cas d'intensité modérée est une amélioration au moins passagère à tous ces points de vue ; dès que l'amélioration cesse il faut réitérer l'emploi de ce moyen.

Si au bout d'un certain nombre d'applications, il n'y a plus d'amélioration ou s'il n'y en a pas eu après la première, il faut passer à l'enveloppement du corps entier dans le drap mouillé essoré.

Après échec du drap mouillé, se présente le bain tiède ou frais suivant l'âge de l'enfant, ses forces présumées, la date du début. D'Espine et Picot conseillent de donner le premier bain de 32° à 35°, les suivants à 30°, la durée devant être de cinq à quinze minutes et le nombre des bains de un à trois par 24 heures.

Dans les intervalles des bains, on peut continuer l'emploi des compresses réfrigérantes, au moins sur le devant du thorax et du ventre, si la fièvre ne s'est pas abaissée après le bain. Henoch conseille, suivant la gravité des cas, les bains chauds suivis d'un enveloppement de plusieurs heures dans la laine — ce qui a pour résultat de produire une abondante sudation — soit les bains tièdes pendant lesquels sont faites des affusions froides une ou deux fois par jour. Rilliet, Barthez et Sanné admettent aussi le bain tiède dans les formes aiguës avec troubles nerveux très accusés. Bagins-

ki, grand partisan de l'enveloppement froid du thorax, ne conseille qu'en cas d'asphyxie imminente les affusions froides dans un bain tiède, faites avec prudence, par crainte de collapsus et après avoir administré du vin à l'enfant. Notta indique le bain tiède à 25° ou 30° suivi de lotions fraîches ou même les bains froids.

Pour ma part, j'emploie les bains à température progressive décroissante, en commençant à deux degrés au-dessous de la température initiale du malade : 38° s'il est à 40°. Ce premier bain est très court (5 minutes) et a pour but d'accoutumer seulement l'enfant à être baigné ; une heure après, je donne un bain à 35° (10 minutes) ; deux heures après à 32° (15 minutes), les suivants de trois en trois heures à 30°, et même à 25°, dans les cas où l'hyperthermie ne cède que très passagèrement.

Les effets avantageux des bains sont le calme, la diminution de la dyspnée, le goût de l'alimentation et le sommeil. Il faut donc profiter du moment où l'enfant, retiré de l'eau, essuyé et frotté, est replacé dans son lit, pour lui faire prendre lait, bouillon ou potage, potion cordiale ; après quoi on le laisse s'endormir.

Les seuls médicaments dont la nécessité soit admise par l'unanimité des médecins sont les stimulants et les toniques.

En première ligne l'alcool sous les formes les plus variées et qu'il faut savoir choisir avec discernement suivant l'âge de l'enfant, ses goûts et habitudes antérieures, les ressources dont dispose la famille : grogs au rhum ou au cognac, vin de Bordeaux sucré, vin de Porto, de

Malaga, de Marsala, champagne ; préparation de quinquina (extrait mou ou sirop).

Puis les stimulants diffusibles comme l'éther (liqueur d'Hoffmann), les injections sous-cutanées de teinture de musc ou d'éther, d'huile camphrée.

On peut considérer le benzoate de soude et l'acide benzoïque comme ayant quelque efficacité comme antiseptique des voies respiratoires en même temps que comme expectorant.

Dans les formes chroniques ou subaiguës à rechutes successives, l'attention doit se porter surtout sur la nécessité d'améliorer la nutrition ; c'est alors que la pulpe de viande crue, les peptones, l'huile de foie de morue, l'arsenic et certaines préparations martiales trouvent leur indication.

P. Le Gendre.

FIÈVRE

En dehors même de la cause de la fièvre, dans chaque cas particulier, l'existence de ce syndrome soulève d'une façon générale un certain nombre de considérations hygiéniques et thérapeutiques.

La fièvre présente à considérer les éléments suivants : l'*élévation du degré thermique*, qui par elle-même constitue un danger s'il dépasse 41 degrés, — la *persistance de cette élévation*, lors même qu'elle n'atteint pas un aussi haut degré ; — toute fièvre continue qui n'offre pas de rémission matinale, ou n'en offre qu'une insignifiante doit être énergiquement combattue à cause des profondes perturbations chimiques qu'elle apporte dans la constitution des tissus, — les *troubles digestifs* que la fièvre fait naître et entretient, et qui s'opposent à la récrémentition, les troubles dans les fonctions de certains viscères chargés de multiples fonctions comme le foie, la rate : hématopoïèse, perfectionnement des aliments absorbés, destruction ou amoindrissement de la toxicité des poisons chimiques issus de la vie des microbes ou de l'usure des tissus, etc.

Cet aperçu des inconvénients de toute fièvre prise en soi, abstraction faite de son étiologie, entraîne certaines conséquences pratiques qu'on ne doit jamais perdre de vue. C'est un devoir strict pour le médecin de suivre thermo-

métriquement les oscillations de toute fièvre. S'il ne peut multiplier lui-même les explorations, il doit exiger des personnes qui soignent l'enfant qu'elles prennent et inscrivent chaque fois exactement la température. Chez les petits enfants, la température rectale doit toujours être préférée ; il est difficile d'obtenir chez eux les dix minutes d'immobilité relative qu'exige la prise de la température axillaire ; chez les enfants plus grands, au contraire, l'indocilité sera plus grande au point de vue de la prise de la température rectale, et chez certaines fillettes, dans certains milieux sociaux notamment, il peut être difficile de recourir à celle-ci.

Toutes les fois que la température atteint 41°, il est indispensable de l'abaisser au plus vite. Toutes les fois que la température se maintient sans rémission au voisinage de 40°, il est également nécessaire d'en provoquer l'abaissement.

Les moyens que nous avons d'abaisser la température sont les uns physiques, les autres chimiques. Nous n'hésitons pas à proclamer la supériorité des premiers ; les progrès de la médecine devraient consister à les employer toujours avant de recourir aux autres. En effet, plus on en étudie le mode d'action, plus on se convainc de leurs avantages, moins on leur trouve d'inconvénients. Les antithermiques chimiques n'ont une supériorité incontestable sur eux que dans les rares cas où ils agissent à la

manière de spécifiques sur la cause même de la fièvre, comme la quinine dans la fièvre palustre et peut-être dans la typhoïde, comme le salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu. Dans les autres fièvres ils n'agissent à vrai dire qu'en intoxiquant la cellule nerveuse des centres régulateurs de la thermogenèse ou vaso-moteurs et nous ne savons pas avec certitude si l'action antithermique est la seule qu'ils exercent. Après la quinine et l'acide salicylique acceptés sans conteste depuis 50 et 20 ans, chaque année, depuis dix ans, a vu naître par suite des progrès de la chimie un ou plusieurs corps destinés à combattre la fièvre ; beaucoup n'ont eu qu'une vogue éphémère, la thalline, l'acétanilide. L'un a fait une grande fortune, l'antipyrine. Il en naît encore, le sulfate de cinchonamine, que Charrin et moi avons expérimenté.

On n'a pas tardé à reconnaître que certains avaient la propriété fâcheuse de détruire l'hémoglobine (thalline, acétanilide), de diminuer l'excrétion rénale (antipyrine) sans parler des troubles digestifs que tous provoquent plus ou moins (quinine, acide salicylique) ; ceux-ci pouvant être au besoin évités par l'administration sous-cutanée.

Savons-nous, d'ailleurs, si tous ces poisons du système nerveux limitent exactement leur action à la cellule des centres thermiques et vaso-moteurs ? Nous savons même, au contraire, que la quinine et l'acide salicylique impres-

sionnent énergiquement l'appareil nerveux acoustique, le centre régulateur de l'équilibre (titubation quinique et salicylique), que les cellules de l'idéation sont violemment excitées chez certains sujets (délire et ivresse quinique et salicylique). Mais, en dehors des accidents évidents et immédiats de cet ordre, qui nous frappent par leur brutalité, savons-nous si ces substances n'exercent pas une action fâcheuse sur la nutrition intime et sur l'évolution ultérieure de toutes les cellules nerveuses et même de beaucoup d'autres éléments anatomiques ?

Cette considération n'est déjà pas à négliger à propos de la thérapeutique des adultes, chez lesquels on a pourtant lieu d'admettre une plus grande stabilité des éléments anatomiques ; mais n'acquiert-elle pas plus de poids quand il s'agit de traiter des enfants, c'est-à-dire des êtres dont les éléments anatomiques sont si fragiles, en voie d'évolution et de transformation, plus faciles à dévier du type régulier de leur nutrition et de leur constitution ? Et voilà pourquoi je dis que parmi les moyens dont nous disposons pour abaisser la température fébrile, les divers procédés physiques de soustraction du calorique sont théoriquement préférables aux médicaments antithermiques.

Ces moyens physiques sont nombreux, inégalement puissants, susceptibles d'ailleurs d'être associés entre eux et des médicaments. Le maintien dans la cham-

bre du malade d'une température modérée, d'une atmosphère fréquemment renouvelée, l'usage de boissons fraîches et de lavements froids, les applications de linges humides sur le front et autour des poignets, les lotions froides, l'enveloppement humide partiel du thorax et de l'abdomen, l'enveloppement dans le drap mouillé, enfin les bains tièdes réitérés ou progressivement refroidis, les bains frais ou froids avec affusions, constituent toute la gamme de la médication réfrigérante.

En divers passages de ce livre on en trouvera des descriptions.

Pour le choix des antithermiques chimiques, dont nous ne pensons pas pourtant qu'on puisse se passer dans beaucoup de cas, on sera guidé par les considérations de nature de la maladie, de toxicité, de facilité d'administration. Ainsi l'expérience clinique a montré que l'antipyrine et la quinine étaient fort bien supportées par les enfants, nous redoutons au contraire la toxicité de l'acétanilide et de la thalline.

Les troubles digestifs que cause la fièvre consistent en anorexie, diminution des sécrétions salivaire, gastrique, peut-être pancréatique, certainement biliaire, et modification des qualités de ces sécrétions (bouche acide, suc gastrique moins riche en HCl). On doit donc réduire l'alimentation à l'usage des aliments de la digestion la plus facile, ne nécessitant pas l'appétit et la mastication : le

lait, le bouillon de volaille ou de bœuf, les tisanes, c'est-à-dire les décoctions de céréales et les sucs de fruits répondent à ces indications de contenir une certaine quantité d'azote, de substances hydro-carbonées et en particulier de sucre. Ce dernier corps est nécessaire au foie pour accomplir sa fonction de destructeur des poisons, comme l'a montré Roger.

La nécessité de faire fonctionner les émonctoires pour aider l'organisme à éliminer le plus promptement possible les déchets de la fièvre en même temps que les toxines microbiennes, impose l'administration de boissons abondantes. C'est aussi un des mérites de la médication réfrigérante physique (bains froids) d'augmenter la diurèse et de favoriser par ce moyen l'expulsion des poisons de l'organisme.

P. Le Gendre.

FIÈVRES INTERMITTENTES

C'est une faute de thérapeutique trop commune de considérer toutes les fièvres intermittentes comme justiciables de la quinine. Il y a bien d'autres fièvres intermittentes et même périodiques chez l'enfant que la fièvre palustre.

Il est vrai que la fièvre palustre prend facilement l'enfant non seulement dans les pays réputés malariques, mais, comme le professe avec insistance M. J. Simon, dans tout pays et notamment à Paris ; la réunion des conditions telluriques propres à favoriser le développement du paludisme peut exister sans doute assez souvent : eaux stagnantes où se putréfient des végétaux, terres fraîchement et profondément remuées pour les travaux de voirie des grandes villes. La première hypothèse qu'on doit donc mettre en avant, lorsqu'on cherche à instituer le traitement d'une fièvre intermittente, est celle de la fièvre palustre. Mais il faut ensuite passer en revue dans son esprit toutes les causes possibles d'accès fébriles intermittents avant de se décider à prescrire la quinine, si l'on ne veut s'exposer à faire une thérapeutique inutile ou nuisible.

Chez tout enfant, la fièvre intermittente d'origine dyspeptique est fréquente; la périodicité de cette fièvre est régie par le nombre des repas, car c'est une *fièvre de digestion*. S'il s'agit d'un nourrisson soumis à des conditions alimentaires défectueuses, ce sera donc plusieurs fois par jour que la peau deviendra chaude et sèche, la paume des mains moite, le visage rouge, le pouls rapide, la respiration accélérée; si on prend la température, on constate une élévation thermique de quelques dixièmes, d'un degré, ou de deux même. L'épigastre est ballonné, il y a quelques coliques, des garde-robes mal liées ou d'une odeur putride. La multiplicité des accès fébriles, la coïncidence de la dyspepsie ne permettent guère l'erreur; et avant de donner la quinine, pour couper cette fièvre, comme les parents ne manquent pas de vous le demander, rectifiez les erreurs hygiéniques concernant la quantité du lait, sa qualité, les heures des repas, etc. Joignez-y un vomitif ou un purgatif, quelques lavements antiseptiques; vous ferez disparaître ces accès fébriles. Quelquefois il sera nécessaire d'adjoindre une faible dose d'antiseptique, salicylate de bismuth ou benzonaphtol. La fièvre de digestion existe aussi dans la seconde enfance; les accès en sont plus espacés naturellement, on ne les observe guère que deux fois par jour dans l'après-midi ou dans la nuit, les repas étant moins fréquents; les symptômes en sont moins nets que ceux des autres fièvres intermittentes; le frisson, qui

n'est d'ailleurs qu'un incident contingent dans la fièvre, manque d'ordinaire : c'est la chaleur et la moiteur du creux des mains et du visage, la céphalée, le regard terne, la somnolence, le dégoût du jeu ou le refus de travailler qui forment les éléments du tableau clinique. Examinez-bien les fonctions digestives, regardez la langue et flairez l'haleine, palpez et percutez l'estomac et le foie, voyez les garde-robes et, si vous constatez les signes manifestes de la perturbation digestive, tenez les accès fébriles pour justiciables non pas de la quinine, mais du régime et de l'antisepsie gastro-intestinale. Supprimez le goûter, ou les friandises autorisées par les parents, faites une enquête relative à celles qui sont prises clandestinement; supprimez les pommes de terre frites, certaines pâtisseries; diminuez la ration de viande; administrez l'ipéca, le calomel, les naphtols, etc., vous ferez disparaître la fièvre. La fièvre de digestion peut d'ailleurs être plus particulièrement gastrique, intestinale ou hépatique et les indications thérapeutiques variant un peu suivant ces cas. Ce sera toujours l'auto-intoxication qu'il faudra traiter (V. estomac, foie, intestin).

Puis viennent les fièvres intermittentes liées à une infection autre que le paludisme : fièvres de suppuration (voir les plèvres, le foie, les ganglions, les os), de tuberculisation, pulmonaire, ganglionnaire ou intestinale; ou fièvres de croissance, fièvre ganglionnaire, fièvre amygdalienne.

Très fréquentes dans la seconde enfance et l'adolescence sont les *fièvres de surmenage*, non pas intellectuel, mais physique; le plus souvent, les jeux en sont la cause. Ce n'est pas, en général, l'excès quotidien de travail physique qui engendre cette fièvre-là; chez les enfants pauvres, apprentis soumis trop jeunes à un travail excessif et mal alimentés, surviennent l'amaigrissement, l'anémie, les troubles de la nutrition aboutissant au lymphatisme, à la misère physiologique, mais la fièvre ne se montre que si sur ce terrain appauvri se développe quelque mauvaise graine microbienne. Mais la fièvre de surmenage se montre chez des enfants qu'on laisse de temps en temps se livrer avec une ardeur sans retenue à des exercices disproportionnés à leurs forces; il en résulte une destruction trop rapide d'une trop grande quantité de matière en trop peu de temps, élimination imparfaite de ces déchets mal oxydés, et dans ces conditions on voit apparaître la fièvre la nuit ou le lendemain d'une trop longue promenade à pied ou en bicycle, d'une partie de foot-ball ou de tennis : l'abattement, les yeux cernés, les urines rares, foncées, chargées d'urates ou de phosphates, l'anorexie et un peu d'embarras gastrique, la douleur spontanée ou provoquée au niveau de certains groupes musculaires plus spécialement surmenés, mollets, cuisses, biceps ou deltoïdes, masse sacro-lombaire, droits et obliques de l'abdomen, seront des éléments de diagnostic

pour cette *fièvre musculaire*, que le repos seul guérit, avec boissons abondantes, un peu de massage modéré, mais dont la prophylaxie est surtout importante à instituer, car c'est quelquefois une porte ouverte à la congestion des épiphyses et à l'ostéite juxta-épiphysaire, par suite, à l'ostéomyélite infectieuse, si des staphylocoques ou autres microbes ont pénétré dans la circulation, venus du dehors par une des nombreuses portes d'entrée des téguments et des muqueuses naso-pharyngiennes qui existent chez les enfants, ou simplement venus de l'intestin normal à la faveur du surmenage (expériences de Charrin et Roger); le sang des animaux surmenés cultive. La fièvre de surmenage est donc liée par un lien étroit aux fièvres de croissance.

P. Le Gendre.

AMYGDALES

Hypertrophie. — On observe des hypertrophies où l'amygdale est dure et qui sont consécutives à des amygdalites répétées, simples ou phlegmoneuses. Ces *amygdalites chroniques paroxystiques* peuvent exister à tout âge ; dans l'enfance, elles se constituent parfois après une angine scarlatineuse, plus tard elles peuvent avoir pour cause les congestions amygdaliennes répétées de la puberté, souvent elles se greffent sur l'hypertrophie molle de l'enfance à la suite de poussées inflammatoires auxquelles celles-ci prédispose. Cette *hypertrophie molle de l'enfance* n'est qu'un élément d'une lésion complexe qui occupe tout le pharynx, et surtout le naso-pharynx.

Qu'il s'agisse de la forme dure ou de la forme molle, les amygdales hypertrophiées doivent être enlevées ou détruites sur place.

L'*amygdalotomie* se pratique soit avec un bistouri mousse à long manche, soit avec l'amygdalotome. Pour opérer au bistouri, on saisit l'amygdale dans une pince de Museux à dents latérales, on l'attire en dedans et avec le bistouri spécial on coupe bien verticalement sa base, de préférence de bas en haut, pour que, au cas où il faudrait s'y reprendre à deux fois, le morceau encore adhé-

rent ne vienne pas tomber sur l'orifice du larynx. Ce procédé a l'inconvénient d'exposer, si l'enfant est indocile, à la blessure des piliers, de la base de la langue. Mais il est à peu près seul applicable aux amygdales enchatonnées. D'autre part, l'amygdalotome peut se briser pendant l'opération : il est donc prudent d'avoir toujours à sa disposition le bistouri spécial et de savoir s'en servir.

La plupart du temps, on opère à l'amygdalotome : le type le plus connu de ces instruments est celui de Fahnestock.

Il faut en général opérer les deux côtés le même jour. Si l'enfant est indocile, on lui donne du chloroforme.

La *cautérisation ignée* se pratique soit au galvano-cautère, soit au thermocautère. Le galvano-cautère a le grand avantage de rayonner moins et de pouvoir être introduit froid jusqu'au contact de l'amygdale, mais ce n'est pas un instrument usuel et pour s'en servir il faut en avoir l'habitude. Les praticiens non spécialistes emploient donc de préférence le thermocautère. Avec l'un comme avec l'autre de ces instruments, il faut attaquer l'amygdale profondément, pour dilacérer ses cryptes, la détruire en partie et, après chute des eschares, amener la sclérose des parties restantes.

Que l'on ait eu recours à l'amygdalotomie ou à la compression, on aura soin de prescrire pour les jours suivants des gargarismes antiseptiques, soit à l'acide borique, soit au chloral à 1/100.

Le choix entre les deux méthodes est sujet à discussion.

Tandis que chez l'adulte, en raison de la fréquence relative des hémorrhagies, la cautérisation doit être à peu près seule employée, chez l'enfant la question est plus complexe. En effet, la cautérisation, dont les résultats sont excellents, exige plusieurs séances ; ces séances sont assez longues, malgré l'emploi de la cocaïne elles sont douloureuses, et souvent l'enfant s'y prêtera mal. Au lieu qu'avec l'amygdalotomie, en s'aidant au besoin du chloroforme, on termine en une séance. Et comme chez l'enfant, l'hémorrhagie est presque toujours insignifiante, facile à arrêter en quelques minutes avec des gargarismes à l'eau vinaigrée, j'avoue que pour ma part je suis resté fidèle à l'amygdalotome ; et jusqu'à présent je n'ai pas eu à m'en repentir.

Quant aux autres complications (déglutition de l'amygdale, inflammation des moignons et œdème de la glotte) elles sont insignifiantes ou trop exceptionnelles pour entrer en ligne de compte.

A. Broca.

ANKYLOSES

On dit qu'il y a ankylose lorsque les mouvements d'une articulation sont abolis ou diminués, dans tous les sens ou dans un sens déterminé. Mais à cette définition il faut ajouter la notion suivante : il n'y a ankylose que lorsque le processus morbide initial est guéri. Jusque-là, en effet, le traitement est celui de ce processus et non pas celui de l'ankylose. De là résulte un point de diagnostic capital pour la thérapeutique : y a-t-il encore arthrite ou y a-t-il ankylose ? Ce diagnostic résulte de l'examen local attentif et précis, en déterminant bien s'il existe encore sur la synoviale ou les os de l'empâtement, de la douleur à la pression ; si les mouvements communiqués provoquent une douleur passagère ou persistante ; s'il existe ou non des douleurs spontanées, même légères. Les points où la douleur à la pression doit être recherchée sont les mêmes que ceux où on la met en évidence au début des arthrites soupçonnées, c'est-à-dire là où les extrémités osseuses sont superficielles, là où on peut appuyer contre elles le point de réflexion de la synoviale.

Cela fait, avant d'entreprendre le traitement il reste à établir quelle est la variété de l'ankylose : ankylose extra-articulaire, encore appelée fausse ou raideur articulaire, ou intra-articulaire, encore appelée vraie.

a. La *raideur articulaire,* venons-nous de dire, est une ankylose extra-articulaire ; cette vérité d'ailleurs n'est que

relative et si les processus de rétraction dans les tissus périarticulaires jouent le rôle principal, il n'en reste pas moins vrai que presque toujours il s'y joint des phénomènes d'arthrite légère. C'est donc en pathologie une question de degré, mais en thérapeutique cela répond à une différence de premier ordre.

Tout d'abord, *le traitement de raideurs articulaires peut et doit être préventif;* à cet égard, la première précaution sera d'*immobiliser toute jointure en bonne position*. Une des causes des raideurs est en effet l'immobilisation en mauvaise position d'une jointure saine mais voisine d'un foyer morbide. Ainsi toutes les articulations des doigts pour un phlegmon de la main ; celles du pied et du genou pour une fracture de jambe, etc. L'immobilisation sera bien supportée si les doigts sont en flexion légère, le poignet à angle dorsal très obtus, le coude à angle droit, l'épaule dans la rectitude, le cou-de-pied à angle droit, le genou dans l'extension, la hanche dans l'abduction légère. A plus forte raison cette attitude devra-t-elle être choisie,sauf contre-indications spéciales, pour les jointures atteintes d'arthrite légère, ou encore à la suite de contusions, de fractures juxta-articulaires, de luxations. En outre, *cette immobilisation devra être aussi peu prolongée que possible*, et, par exemple, pour une fracture il est indiqué de rendre vite une liberté relative aux articulations voisines. Il est bien certain que ce traitement préventif est moins important chez l'enfant que chez l'adulte, la tendance à la raideur étant beaucoup moindre; mais on aurait tort de se figurer que cette tendance est nulle et il

n'est pas rare d'être consulté pour des enfants atteints, par exemple, de raideur articulaire du coude à la suite d'une simple contusion immobilisée pendant trop longtemps.

La raideur une fois constituée, on la reconnaîtra surtout à la notion étiologique, prouvant que les phénomènes d'arthrite ont été relégués au second plan. On constatera, en outre, l'intégrité des extrémités osseuses. Enfin, pour peu qu'on ait de doute, on pratiquera l'examen sous le chloroforme, et cela d'autant mieux que chez l'enfant l'anesthésie est presque toujours indispensable au traitement. Sous le chloroforme on constatera que la mobilisation brusque, accompagnée de légers craquements articulaires permet en une séance la restitution totale des mouvements ; et cette exploration une fois faite le traitement est institué. Chez l'adulte, on doit distinguer entre les petites et les grandes raideurs, en traitant les premières par la mobilisation et le massage sans chloroforme, de façon à être bien renseigné sur le siège, la nature, la durée de la douleur provoquée par ces manœuvres. Chez l'enfant au-dessous de 12 à 15 ans, on ne peut obtenir ces renseignements et pour éviter les cris, les dépenses, on recourra souvent au chloroforme là où chez l'adulte son emploi eût été contre-indiqué. Après cette séance de mobilisation brusque, on usera pendant quelque temps du massage, de la mobilisation raisonnée sans quoi la récidive est à craindre : chez l'enfant le traitement consécutif n'a pas besoin d'être bien long, et c'est heureux, car il est bien rare qu'on y soit aidé par la bonne volonté du patient.

b. Les *ankyloses par déformation osseuse* sont intermédiaires aux raideurs et aux ankyloses vraies. Nous faisons allusion ici aux gênes mécaniques opposées aux mouvements par le cal exubérant d'une fracture articulaire — au coude surtout — par l'hyperostose due à une ostéomyélite épiphysaire — à l'extrémité inférieure du fémur principalement. Ici, le chirurgien doit se méfier de l'ankylose future, et dès lors immobiliser la jointure dans l'attitude la plus favorable, pour le fonctionnement du membre ankylosé. Quant au traitement curatif, lorsqu'il est indiqué c'est celui des ankyloses vraies.

c. Les ankyloses vraies, ou intra-articulaires, sont celles qui résultent d'une arthrite plus ou moins aiguë, traumatique ou spontanée, infectieuse ou non. Anatomiquement, elles sont fibreuses ou osseuses; cliniquement, la distinction capitale consiste à établir deux catégories, les diverses arthrites infectieuses d'un côté, les arthrites tuberculeuses de l'autre.

Pour déterminer si une ankylose est fibreuse ou osseuse, ou plutôt complète ou incomplète, l'examen sous le chloroforme est souvent indispensable. Pour établir la nature de l'arthrite causale, on se basera sur l'étude attentive des commémoratifs. Ceci fait, on peut instituer le traitement.

S'il s'agit d'une ankylose fibreuse consécutive à une arthrite aiguë, soumise ou non à l'arthrotomie, on poussera sous le chloroforme la mobilisation aussi loin que possible, et souvent à l'aide de mobilisation et de massages ultérieurs, l'on obtiendra le retour complet de la fonction. En présence d'une tumeur blanche ancienne, cette conduite

est au contraire à repousser et la mobilisation sous le chloroforme doit s'en tenir à la rectification de l'attitude.

S'il s'agit d'une ankylose complète (osseuse ou fibreuse très serrée), le traitement visera deux points : 1° rétablir les mouvements; 2° mettre le membre en position favorable si l'ankylose est en attitude vicieuse. Pour atteindre le premier but, nous n'avons que la résection typique; pour parvenir au second, nous avons le choix entre la résection ou l'ostéotomie. Mais on n'oubliera pas que pour être suivie du retour des mouvements une résection doit : 1° être large; 2° être suivie d'un traitement orthopédique où le concours de l'opéré est indispensable. Or, une résection large sacrifiera chez l'enfant les cartilages conjugaux, d'où raccourcissement ultérieur du membre; et le traitement consécutif, long et douloureux, est à peu près impossible à instituer d'une façon convenable. Aussi respectera-t-on presque toujours les ankyloses complètes en bonne position, quitte à faire la résection chez l'adulte jeune, une fois terminée la croissance et la raison venue.

Pour une ankylose en position vicieuse, il n'en est plus de même, et l'intervention s'impose. Le choix entre la résection ou l'ostéotomie dépend de la jointure malade et de l'angle à corriger; ou plutôt exclusivement de la jointure malade.

A. Broca.

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

REVUE PRATIQUE
D'OBSTÉTRIQUE
ET DE PÆDIATRIE

Août 1893

SOMMAIRE :

Les présentations du fœtus et leur diagnostic pendant la grossesse *(fin)*, par H. VARNIER. 225
Manuel opératoire de la version par manœuvres externes dans la présentation du siège, par A. PINARD. 245
Le carreau, par P. LE GENDRE. 249
Traitement de la chlorose, par P. LE GENDRE. 252

LES PRÉSENTATIONS DU FŒTUS ET LEUR DIAGNOSTIC PENDANT LA GROSSESSE

(Fin)

III

Retenant exclusivement ce que nous savons des présentations (abstraction faite des positions), nous dirons :

Ainsi, voilà qui est bien entendu, si nous laissons la nature agir seule. Nous aurons, sur 250 accouchements, c'est-à-dire sur ce qu'on peut voir en deux mois à la Clinique Baudelocque, par exemple :

243 sommets ;
4 sièges ;
1 tronc.

(1) Voyez *Revue pratique d'obstétrique*, juin-juillet 1893, p. 180.

Devons-nous nous laisser imposer ces sièges et cette épaule ?

Oui, si ces présentations sont bonnes, exemptes de dangers pour la mère ou pour l'enfant.

Non, si à un degré quelconque elles menacent la vie du fœtus.

Or, voici ce qu'à ce sujet disent les statistiques, et je prends à dessein les statistiques du temps où on laissait la nature agir : . . . . . .

Tandis qu'il ne meurt pas, qu'il ne doit pas mourir, lorsque le bassin est normal, le placenta normalement inséré, le fœtus sain et proportionné, un seul enfant se présentant par l'extrémité céphalique, nous voyons, d'après la statistique de Mme Lachapelle, mourir *un* enfant sur *dix*, dans la présentation du siège. Et, remarquez-le, à la Maternité de Paris, où se trouvaient réunies les conditions les plus favorables, conditions qui ne sont guère modifiables, car Lariboisière donne le même chiffre de 10 0/0.

Que devient ce chiffre dans la pratique rurale ?

Hegar a fait, en 1866, la statistique de la terminaison des accouchements par l'extrémité pelvienne, dans le haut Rhin Badois. Cette statistique donne :

35 pour 100 d'enfants morts pendant le travail, et
5 morts le premier jour ;

Soit, au total, 40 pour 100, tout près de 1 sur 2.

Mais encore si, au prix de bien des dangers pour le fœtus, l'accouchement peut se terminer spontanément et ans grand danger pour la mère quand le fœtus se pré-

sente par l'extrémité pelvienne, au lieu de se présenter par l'extrémité céphalique, il n'en est pas de même pour l'épaule, pour le tronc. Si le fœtus est surpris, par l'accouchement, en présentation du tronc, vous ne pourrez vous en tirer que par une opération sérieuse, en admettant que vous soyez appelés à temps.

Et si vous ne l'êtes pas, comme l'accouchement ne peut se terminer spontanément, non seulement le fœtus succombe, mais la mère meurt de rupture utérine.

Si donc vous avez un moyen de prévenir ces présentations de l'extrémité pelvienne et du tronc, que nous pouvons, dès maintenant, appeler *présentations vicieuses*, vous seriez bien coupables de ne pas vous en servir.

Ce moyen, vous l'avez : c'est la *version par manœuvres externes*.

Mais, pour l'employer, il faut reconnaître à temps et sûrement la présentation vicieuse, en faire le diagnostic précoce et, c'est ce dont nous allons tout d'abord nous préoccuper.

IV

Vous avez, pour cela, à votre disposition, le plus vieux des procédés d'exploration, le *toucher vaginal*.

Pratiquons donc ce toucher.

Il s'agit, encore une fois, d'une femme enceinte et à terme, mais non en douleurs.

Vous touchez :

Le segment inférieur repose sur le plancher pelvien;

il renferme une région fœtale qui, par conséquent, est engagée dans l'excavation pelvienne.

Ce ne peut être que la tête ; vous voilà tranquilles.

Cette tête est-elle en position droite ou en position gauche? le toucher ne peut vous le dire, puisqu'il vous est défendu de pratiquer le toucher intra-utérin. Et vraiment, au moment où nous sommes, cela n'a guère d'importance. Cela n'en prendra que pendant le travail et nous y reviendrons plus tard (1).

Mais s'il n'y a rien d'engagé ?

Rien d'engagé ! cela peut-être :

Extrémité céphalique,
Extrémité pelvienne,
Tronc.

Voyons ce que peut fournir le toucher !

Il n'est pas commode ; il faut pousser le doigt haut ; la femme souffre, crie, se défend et vous vous arrêtez avant d'avoir pu trancher la question.

Est-ce parce que vous êtes inexpérimentés, dans des conditions défavorables ? Certes non. Les plus habiles s'y méprennent : témoin ce que disait de ce procédé Mme Lachapelle, après 30 années de la pratique la plus étendue qu'on connaisse (1).

Le second procédé en date, *l'auscultation*, ne peut non plus nous donner la certitude absolue qui nous est nécessaire pour que nous osions faire les manœuvres en ques-

(1) Voyez *Revue pratique*, tome I, p. 36 et 37.

tion, sans courir le risque de transformer une bonne présentation en une mauvaise.

Seul, *le palper* peut nous conduire sûrement au diagnostic.

C'est une des plus grandes conquêtes de ce siècle en obstétrique que cette application du palper abdominal au diagnostic des présentations du fœtus *pendant la grossesse;* cette conquête est due tout entière à l'École de Paris, quoi que vous puissiez lire dans vos livres.

J'insiste sur ce point; car dans ces livres, au chapitre Palper, vous trouverez, il est vrai, le nom de Pinard, mais noyé parmi tant d'autres que vous pourriez vous demander, non sans raison, ce que Pinard a fait de plus que les nombreux prédécesseurs qu'on lui a tout à coup découverts.

Ce qu'il a fait? ni plus ni moins qu'inventé *la méthode.*

Je dis inventé et je ne m'en dédis pas; car, si j'en crois Cruveilhier, « le véritable inventeur n'est pas seulement celui qui découvre quelque chose d'absolument nouveau. A ce titre il n'y aurait guère d'inventeurs. C'est aussi celui qui rassemblant des matériaux épars et sans emploi, les façonne, les coordonne, en fait un tout auquel il fait produire ce que ce tout est seul capable de donner ».

Qu'était le palper avant 1873? Rien en France; rien à l'étranger.

Il n'y avait à cette époque à Paris, que deux centres obstétricaux : La Maternité, la Clinique d'accouchements.

A la Maternité on ne palpait pas (voyez les dernières éditions de Cazeaux).

A la Clinique non plus (voyez les cliniques de Depaul).

Le palper y fit son apparition vers 1874.

Depuis lors le palper s'est vulgarisé grâce à l'enseignement de Pinard, enseignement particulier, enseignement à la Faculté et à la Clinique, Traité du palper.

Tout le monde palpe aujourd'hui et je puis dire que tous les accoucheurs de Paris qui palpent sont les élèves de Pinard, tous, sans exception.

De France, le palper a gagné les autres pays, y compris l'Allemagne où Léopold s'en est fait depuis quelques années le chaud propagateur et l'Autriche où Pawlik a cru le découvrir il y a deux ans.

V

Voyons donc en quoi consiste cette méthode et ce qu'elle peut nous apprendre dans les conditions où nous nous trouvons placés.

En appliquant les mains sur le ventre du cadavre d'une femme enceinte, et en insistant un peu, on arrive très aisément à reconnaître les différentes parties du fœtus, tête, extrémité pelvienne, dos.

C'est qu'en effet on se trouve là dans des conditions particulièrement favorables :

Parois abdominales non tendues ;

Paroi utérine constamment relâchée.

Il faut donc, pour nous rapprocher le plus possible dans la pratique de ces conditions idéales, tâcher d'abord de relâcher la paroi abdominale.

a) Par conséquent, la seule attitude de la femme qui

puisse convenir est le décubitus dorsal, et le décubitus dorsal parfait.

L'attitude demi-assise que prend la femme soutenue par un oreiller est défavorable.

Il faut enlever l'oreiller, ne laisser que le traversin.

Les membres inférieurs peuvent être étendus.

b) Il faut que les mains de l'accoucheur ne soient point froides, sinon la femme contracte immédiatement ses muscles.

c) Il faut que le palper soit fait d'une main très légère, qu'il ne détermine pas de douleur, sinon la femme se défend immédiatement en tendant ses muscles.

Bien entendu on palpe à même la peau.

La paroi abdominale étant dans le relâchement parfait, la femme étant très rapprochée du bord du lit (le droit ou le gauche, ad libitum), on commence par délimiter le contour de l'utérus de façon à déterminer la situation du fond et la forme générale dont nous pourrons tirer une indication précieuse (utérus à grand axe longitudinal, utérus à grand axe transversal).

Après quoi, avant de chercher à découvrir les différentes parties du fœtus, il s'agit de s'assurer que la 2e condition favorable, le relâchement de la paroi utérine, existe.

Sentez-vous la paroi molle et flasque ? vous pouvez marcher.

L'utérus est-il dur, vous donne-t-il la sensation d'un kyste bien tendu ? il faut d'abord trancher cette question :

Cette tension est-elle passagère et due à une contraction utérine indolore provoquée par la sensation de froid

ou l'application de la main ; ou bien est-elle permanente et due à une tension intra-utérine exagérée ?

Laissez votre cliente tranquille pendant quelques instants, parlez-lui pour détourner son attention, puis, replacez doucement votre main : s'il s'agit d'une contraction passagère vous allez retrouver la paroi flasque.

Si au contraire l'utérus reste dur, c'est qu'il existe une tension permanente et vous devez immédiatement en conclure ou qu'il y a deux fœtus (nous ne reviendrons pas sur ce point traité précédemment), ou qu'il y a excès de liquide, que par suite le fœtus est mobile et que vous devez redoubler de douceur sous peine de le voir se dérober, vous échapper.

Les deux conditions favorables se trouvant réunies, commencez votre palper.

Vous avez trouvé l'utérus normal, c'est-à-dire à grand axe vertical ; vous devez soupçonner que le fœtus est longitudinalement placé, c'est-à-dire qu'il se présente soit par l'extrémité céphalique, soit par l'extrémité pelvienne.

Assurons-nous d'abord qu'il en est bien ainsi :

Mettant les mains à plat de chaque côté de l'hypogastre, l'extrémité des doigts en bas, à 3 centimètres au-dessus des pubis sentis, cherchons à les rapprocher l'une de l'autre (fig. 2). Nous sentirons qu'elles prennent bientôt contact avec une grosse région fœtale, mobile à l'entrée du bassin, qui ne peut être qu'un des pôles du fœtus.

Portons, en laissant notre main gauche en place, la main droite au fond de l'organe (fig. 3) et nous trouverons là une

autre région volumineuse qui ne peut être que l'autre pôle fœtal.

C'est donc bien une présentation longitudinale.

Est-ce l'extrémité céphalique ou la pelvienne qui est en bas?

Voici où la chose devient plus délicate.

Reprenons le palper du grand bassin :

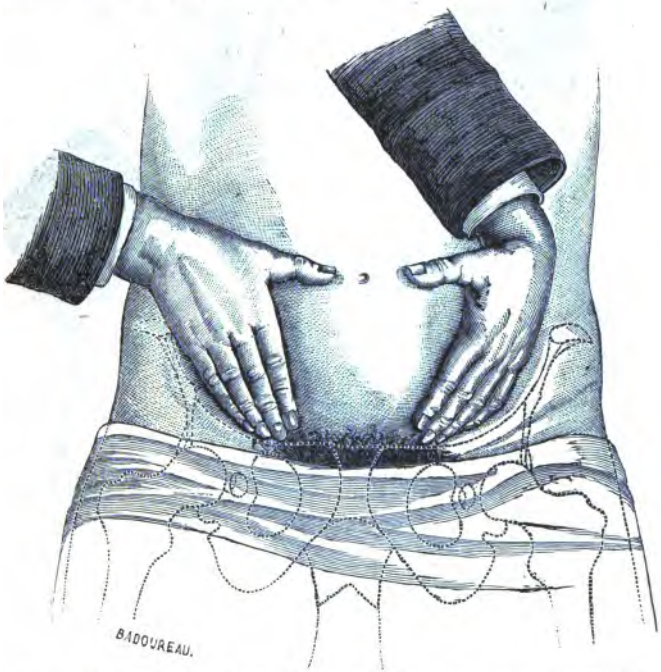


FIG. 2. — (Traité du palper par A. Pinard.) Position des mains au début de l'exploration. Recherche des pubis et palper hypogastrique.

La région fœtale inférieure est dure, arrondie, régulière et ballotte, on dirait bien la tête.

D'autant plus que la région fœtale supérieure est moins dure, plus volumineuse, irrégulière, non ballottante et qu'à

son voisinage se trouvent des irrégularités mobiles qui ressemblent singulièrement aux membres inférieurs.

FIG. 3. — La main droite, explorant le fond de l'utérus, y perçoit le pôle fœtal supérieur, ici la tête. Voyez entre le pôle fœtal supérieur et le plan dorsal, un vide, un fossé, au niveau duquel la main qui palpe va tomber dans le vide, perdre un instant le contact. La présence de ce sillon au fond de l'utérus entre le pôle fœtal supérieur et le dos, est le signe pathognomonique de la présentation de l'extrémité pelvienne.

Il y a en effet des probabilités pour que nous ayons affaire à une présentation de l'extrémité céphalique.

Mais nous ne pouvons l'affirmer ; tous les signes que nous venons d'énumérer sont trompeurs.

Ainsi la tête peut être assez solidement fixée au fond de l'utérus pour ne pas ballotter.

D'autre part, si les pieds sont à son voisinage elle peut en imposer pour le siège.

Enfin, souvent le siège ballotte.

Et il est souvent difficile de dire avec les sensations fournies directement par la région fœtale si c'est la tête ou le siège qui est en bas.

Pour trancher la question il faut chercher *le dos*. Ou cela ?

Vous le savez : soit à gauche,
soit à droite.

Cherchons donc ce dos et une fois que nous l'avons trouvé, étudions la façon dont il se continue avec le pôle fœtal supérieur.

Si ce pôle fœtal supérieur est le siège il se continue sans ligne de démarcation aucune avec le dos (fig. 4).

Si au contraire c'est la tête, votre main, *après avoir perçu la résistance du pôle supérieur, perd le contact, tombe dans le vide, saute un fossé au delà duquel elle retrouve la résistance unie du dos* (fig. 3).

Voilà le signe caractéristique, pathognomonique. Tant que vous ne l'aurez pas perçu, revenez à la charge, au besoin dans une séance ultérieure.

Par le palper de la région inférieure, s'il s'agit, à votre sens, d'une présentation de l'extrémité céphalique, vous pouvez constater encore que le pôle inférieur est beaucoup *plus accessible du côté opposé au dos*. C'est que la flexion

de la tête abaisse l'occiput et relève le front (fig. 4).

S'agit-il au contraire d'une présentation du siège, votre diagnostic n'est pas terminé.

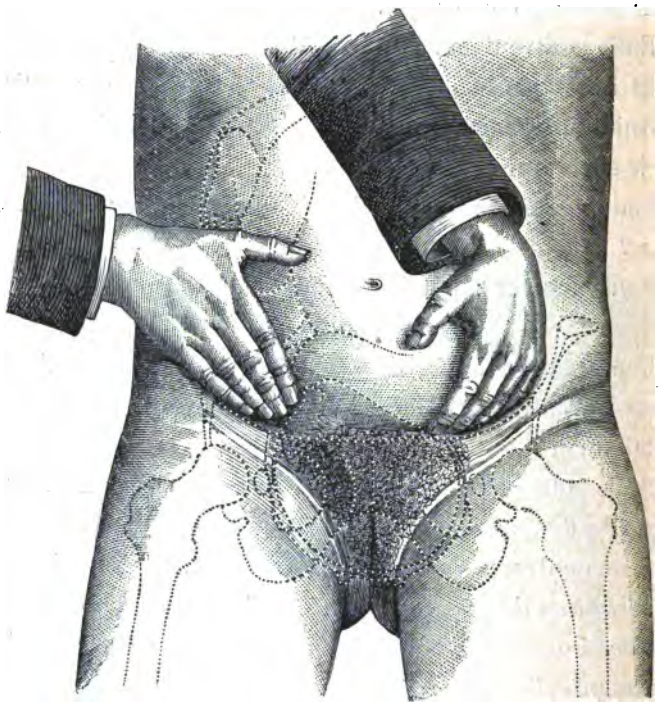


FIG. 4. — Position des mains cherchant à reconnaître les caractères du pôle fœtal inférieur, ici la tête, engagée contrairement à notre hypothèse de démonstration. Devinez, sous le bras gauche, le plan continu dorso-pelvien. Voyez la main droite butant sur le front relevé par la flexion.

Il faut savoir si la présentation du siège est complète ou décomplétée mode des fesses.

Rien de plus simple.

Palpez du côté du ventre fœtal et vous sentirez, si le siège est décomplété mode des fesses, deux bâtons qui montent le long de la face ventrale; vous pourrez les suivre jusqu'aux inégalités que vous avez constatées au voisinage de la tête et qui, maintenant vous en êtes sûrs, sont les pieds.

Voilà pour les présentations longitudinales.

L'utérus a-t-il au contraire son grand axe transversalement ou très obliquement dirigé ?

Vous devez immédiatement penser à une présentation de l'épaule.

Ici deux cas peuvent se présenter.

1° Le palper sus-pelvien ne vous a permis de saisir à pleine main rien qui ressemble à un pôle fœtal.

Palpez alors successivement la fosse iliaque droite et la fosse iliaque gauche : vous trouvez là une tumeur mobile ayant les caractères de la tête.

Où devez-vous porter la main pour sentir l'autre pôle? Vers l'hypochondre ou le flanc gauche, vers l'hypochondre ou le flanc droit suivant le cas, mais toujours sur un plan plus élevé (fig. 5).

Vous l'y trouvez.

Mais le diagnostic présentation du tronc n'est pas encore fait pour cela.

Car vous verrez quelquefois des sièges très inclinés vous en imposer. Rappelez-vous donc que le dos est toujours en avant quand c'est le tronc qui se présente pendant

la grossesse et que *ce dos se continue avec le siège sans sillon de démarcation.*

2° Le second cas qui peut se rencontrer dans la présen-

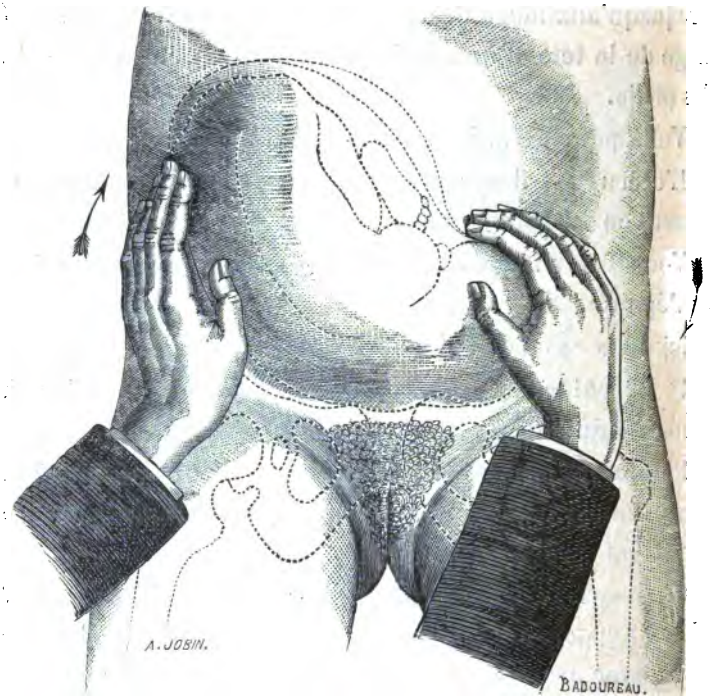


FIG. 5. — La main droite, explorant la fosse iliaque gauche, sent un pôle fœtal, ici la tête. La main gauche va trouver l'autre pôle vers l'hypochondre droit sur un plan plus élevé. La recherche du dos et de ses rapports avec les deux pôles conduira au diagnostic : présentation de l'épaule, tête à gauche. Les mains sont en place pour, en agissant dans le sens des flèches, faire la version par manœuvres externes.

tation du tronc, plus rare il est vrai que le premier, est celui-ci : Rien au-dessus de l'entrée du bassin ;

Rien dans les fosses iliaques ;

Les 2 pôles sont au même niveau, chacun dans un des flancs.

Où est la tête, où est le siège ? Procédez comme ci-dessus, et vous ferez sans peine le diagnostic : *présentation franchement transversale, malformation utérine probable.*

Ainsi le palper vous a conduit au diagnostic non seulement de la présentation, mais de la position.

Il vous a permis de plus de vous rendre compte de la mobilité ou de la fixité du fœtus, de son volume, de la quantité de liquide que contient l'utérus.

Devez-vous vous déclarer satisfaits ?

Pas encore.

Ne négligeons rien de ce qui peut éviter toute chance d'erreur, si minime soit-elle.

Confirmons le diagnostic par l'auscultation que nous avons rejetée si dédaigneusement au début de nos explorations comme procédé de recherche.

C'est qu'en effet si l'auscultation employée seule est faite pour nous tromper, unie au palper et guidée par lui, elle devient un excellent procédé de contrôle.

Vous allez voir comment, étant donné un diagnostic fait par le palper, vous pouvez, a priori, fixer le point de l'utérus où vous devrez percevoir les battements du cœur fœtal, et deviner même l'intensité qu'ils doivent avoir. Si appliquant le stéthoscope en ce point votre a priori se confirme, soyez tranquilles. Sinon palpez de nouveau pour voir si par hasard vous ne vous seriez point trompés.

Les notions théoriques qui vous sont indispensables pour l'emploi ainsi raisonné du stéthoscope sont les suivantes :

1° Sur le fœtus, réduit par flexion forcée, le cœur se trouve à hauteur des épaules.

2° Les bruits du cœur s'entendent au maximum lorsqu'on applique le stéthoscope sur la région précordiale.

On les perçoit très nettement encore, mais moins éclatants, vers le plan latéral gauche du fœtus.

Le plan latéral droit les transmet, mais éloignés, comme assourdis.

3° Ils se propagent vers le siège ; quand on ausculte la tête on n'entend rien.

Donc :

1. Extrémité céphalique non engagée :

Dos à gauche : foyer d'auscultation au voisinage du plan dorso-latéral droit du fœtus, c'est-à-dire à gauche de la femme et un peu en arrière.

Dos à droite : plan latéral gauche du fœtus, foyer intense à droite et en avant de la mère.

2. Extrémité pelvienne :

Dos à gauche : plan latéral gauche du fœtus, foyer intense, à hauteur et au voisinage de l'ombilic, à gauche de la mère.

Dos à droite : plan latéral droit du fœtus, foyer faible à hauteur et au voisinage de l'ombilic à droite, se propageant le long du dos jusque juste au-dessus des pubis.

3. Tronc, toujours dos en avant.

Tête à droite : foyer sur la ligne médiane, au-dessus du pubis (plan dorso-latéral gauche) ;

Tête à gauche : foyer sur la ligne médiane, près de l'ombilic : tous deux intenses.

Ainsi, en quelques minutes, sans embarras, vous êtes arrivés à établir un diagnostic complet.

Vous pouvez maintenant essayer de mettre votre cliente et son enfant à l'abri des dangers que peuvent lui faire courir les présentations vicieuses.

Vous avez pour cela deux moyens que vous pouvez utiliser séparément ou conjointement:

a) La version par manœuvres externes, les pressions externes;

b) La ceinture eutocique destinée à renforcer la paroi abdominale et à rendre à l'utérus la forme définie qui force habituellement l'accommodation.

VI

1° La tête, l'extrémité céphalique est en bas, mais elle n'est pas engagée.

Immédiatement, et comme mus par un réflexe, sachant que l'extrémité céphalique devrait être engagée si tout était normal, vous allez vous poser cette question :

Pourquoi la tête n'est-elle pas engagée?

Ce peut être et c'est le plus souvent à cause d'un rétrécissement du bassin, d'une insertion vicieuse du placenta, de la multiparité.

Cherchez et vous trouverez.

Demandez-vous surtout : La tête est-elle bien d'aplomb, non mobile? Ou, au contraire, mobile? c'est-à-dire, ai-je

affaire à une présentation franche ou à une présentation accidentelle ?

Si la tête est mobile, craignez son glissement au début du travail et la présentation de l'épaule. Fixez-la avec la ceinture eutocique.

Si la tête est dans une des fosses iliaques, ramenez-la par le plus court chemin à l'entrée du bassin et l'y fixez. C'est le minimum de la version par manœuvres externes, toujours possible, très facile par pressions en sens inverse sur la tête et sur le siège (fig. 5).

Il n'y a pas de discussion possible sur l'utilité de cette manœuvre. On a dit : mais en laissant agir la nature, vous auriez des chances de voir la réduction se faire *parfois* spontanément.

A quoi nous répondons : nous aimons mieux l'assurer *toujours ;* en laissant faire, vous aurez des présentations de l'épaule ; en corrigeant la nature, nous sommes sûrs, nous, de supprimer cette présentation vicieuse, radicalement.

Et je le prouve.

J'ai fait jadis la statistique des présentations de l'épaule observées à Lariboisière en 1885, 1886 et 1887.

Sur 6,000 *accouchements*, 16 *fois* seulement l'accouchement s'est fait en présentation de l'épaule. Résultat : 11 *enfants morts*. Toutes ces présentations venaient toutes faites du dehors.

Sur 15000 accouchements, Mme Lachapelle compte 68 présentations de l'épaule.

A ce taux, c'est environ 30 présentations de l'épaule qu'il m'aurait fallu pour 6,000 accouchements.

Où sont celles qui manquent à l'appel?

Elles ont disparu, grâce à la version par manœuvres externes qui a été faite 9 fois au début du travail et 19 *fois pendant le dernier mois.*

TOUS LES ENFANTS SONT NÉS VIVANTS.

Cela vaut bien que vous ayez recours à la version par manœuvres externes.

Mais, notez-le bien, il ne suffit pas que la tête soit ramenée en bas à l'entrée du bassin.

Il faut l'y fixer.

Et vous l'y fixerez grâce à la ceinture eutocique qui refait l'accommodation (1).

Il n'y a qu'une seule contre-indication; l'hydropisie considérable de l'amnios (mais c'est si exceptionnel !).

Pour le siège c'est plus complexe.

La transformation de la présentation de l'extrémité pelvienne en présentation de l'extrémité céphalique constitue à proprement parler la version par manœuvres externes.

C'est sur ce point que Mattei n'avait fait qu'ébaucher que M. Pinard a fait porter tout son effort; c'est le chapitre auquel il a imprimé son cachet le plus personnel.

C'est pour cela aussi, sans doute, que c'est encore aujourd'hui le plus discuté.

S'appuyant sur les statistiques que je vous ai citées et qui démontrent les dangers que fait courir au fœtus la présen-

(1) Voyez *Revue pratique*, tome 1, page 73 et suiv., mars 1888.

tation de l'extrémité pelvienne, M. Pinard considère ladite présentation comme une indication *formelle* à la version par manœuvres externes.

A quoi on a d'abord objecté *l'impossibilité* d'une pareille transformation.

C'est nier l'évidence. Nous ne comptons plus les versions par manœuvres externes dans la présentation du siège.

On a dit ensuite :

C'est vrai, c'est possible, mais c'est *dangereux* ; car on peut rompre l'utérus, décoller le placenta, etc.

Or, jamais on n'a pu apporter une observation à l'appui de ces affirmations.

Nous pouvons donc conclure avec M. Pinard, que « les adversaires de la version céphalique par manœuvres externes sont des adversaires de parti pris. Leur opposition ne repose sur rien et est d'autant plus vive qu'ils ont moins l'expérience de cette opération ».

J'arrête là les considérations que je voulais présenter sur les avantages de palper au cours de la grossesse et je passe la plume à M. Pinard pour l'exposé du *Manuel opératoire de la Transformation des Présentations de l'Extrémité pelvienne en Présentations du sommet.*

H. VARNIER.

MANUEL OPÉRATOIRE DE LA VERSION PAR MANŒUVRES EXTERNES DANS LA PRÉSENTATION DU SIÈGE.

Le *premier temps* de l'opération consiste à *mobiliser le fœtus* (1).

Chez les multipares généralement cela est facile; les deux extrémités sont le plus souvent accessibles et la laxité de la paroi abdominale antérieure permet de mobiliser le fœtus en totalité.

Chez les primipares, surtout dans une période rapprochée du terme, alors que la présentation est le résultat d'une véritable accommodation, les deux extrémités peuvent se dissimuler et n'offrir qu'une prise imparfaite aux mains de l'opérateur.

Tantôt la tête est plus ou moins profondément engagée sous les fausses côtes, et, dans ce cas, une portion de la masse intestinale vient s'interposer entre la paroi abdominale et l'utérus. Il faut alors chercher à déplacer la tête soit en l'abaissant latéralement, soit en déplaçant le siège, et les mouvements communiqués ont presque toujours pour résultat de rendre la tête plus superficielle et par cela même plus accessible.

Tantôt la tête est aisément préhensible et mobilisable,

(1) Même attitude de la femme et mêmes recommandations que pour le palper.

mais l'extrémité pelvienne est peu accessible et reste fixée au niveau du détroit supérieur, qu'elle soit engagée ou non. Quand le siège n'est pas engagé, et qu'il reste immobile malgré les pressions exercées en sens inverse et simultanément sur l'extrémité céphalique et sur l'extrémité pelvienne, il faut alors abandonner la tête et *porter les deux mains sur le siège afin de le déplacer.*

Lorsque le siège est déplacé et mis en rapport avec l'une des fosses iliaques, seulement alors, une des deux mains quitte le siège et se porte sur la tête pour abaisser cette dernière, pendant que l'autre continue à presser sur le siège de bas en haut.

Les deux extrémités étant mobilisées et accessibles, les mains étant appliquées sur elles et ne les quittant plus, il faudra exercer des pressions lentes et soutenues, de façon à faire remonter le siège et à faire descendre la *tête par le chemin le plus court* (fig. 1).

Quelques auteurs ont recommandé de toujours diriger les pressions dans le sens de la flexion; bien qu'on réussisse en procédant ainsi dans la pluralité des cas, il n'en est pas moins vrai qu'il est nécessaire dans quelques cas d'agir autrement.

Je dois déclarer que je n'ai jamais vu de déflexion de l'extrémité céphalique se produire. Il n'en serait peut-être pas ainsi si l'on n'agissait que sur l'extrémité céphalique.

Je le répète, dans tous les cas, les pressions exercées sur l'extrémité pelvienne m'ont toujours paru plus efficaces que celles exercées sur l'extrémité céphalique.

Il est bien entendu que si, après quelques tentatives, l'évolution n'avait aucune tendance à se produire, il faudrait s'arrêter. Mais il faut savoir également que si chez les multipares cette opération est facile et rapide, on éprouve plus de difficultés chez les primipares. Chez elles les pressions doivent être plus soutenues, plus prolongées, et les tentatives doivent être renouvelées comme cela fut fait dans l'observation qui suit et qui est tirée des registres de la Maternité de Lariboisière, année 1883 :

M. B..., 23 ans, primipare, entre le 16 mai 1883, à la Maternité de Lariboisière. Les dernières règles remontent à la fin du mois d'août.

Le fœtus, vivant, se présente par le siège en *S. I. G. A*; il paraît volumineux.

L'utérus et la paroi abdominale sont tendus. Il y a peu de liquide amniotique. Le fœtus est peu ou pas mobile.

La première tentative de version par manœuvres externes ayant échoué, je mobilise le siège à l'aide de la main introduite dans le vagin, pendant que mon interne, prenant point d'appui sur le siège ainsi soulevé; arrive après trois tentatives successives à ramener la tête au niveau du détroit supérieur.

La ceinture eutocique fut appliquée du 16 au 21 mai. A cette époque la tête étant profondément engagée, on put l'enlever. Accouchement par le sommet d'un enfant du poids de 3320 grammes.

Encore ne réussit-on pas dans tous les cas, bien qu'on ait pris toutes les précautions afin de n'avoir pas à lutter contre la contraction involontaire des muscles de la paroi

abdominale. Ainsi, en 1877, à la Maternité, chez une femme couchée à la salle Ste-Adélaïde, et enceinte de 8 mois 1/2

Fig. 1. — Version par manœuvres externes dans la présentation du siège. Il s'agit ici d'une sacro-iliaque droite transversale. Le siège a été d'abord mobilisé à l'aide des deux mains agissant de gauche à droite comme pour évider le grand bassin. L'opérateur est maintenant à gauche de la femme et lui fait face, sa main gauche embrassant le siège mobilisé va le refouler de gauche à droite et de bas en haut en même temps que sa main droite va attirer la tête de droite à gauche et de haut en bas.

environ, M. Tarnier ayant diagnostiqué une présentation du siège, essaya en vain de pratiquer la version par

manœuvres externes. Ayant essayé, je ne fus pas plus heureux. La paroi abdominale chez cette femme était très épaisse et constamment tendue. M. Tarnier, afin d'obtenir le relâchement de cette paroi fit donner du chloroforme jusqu'à résolution complète; et, dans cet état, nous ne pûmes ni l'un ni l'autre faire évoluer l'enfant.

Certainement dans ce cas, tout étant normal, ainsi que cela fut constaté lors de l'accouchement, ce fut la tonicité de la paroi abdominale et peut-être de la paroi utérine qui, en s'opposant à l'agrandissement des diamètres transverses de la cavité utérine, empêcha l'évolution fœtale. Peut-être qu'en opérant plus tôt, la version eût été possible.

Ainsi qu'on le voit, je ne fais mention ni des frictions recommandées par Wigaud, ni du décubitus latéral recommandé par Hubert, car ces différents procédés sont peu efficaces, toujours douloureux pour les femmes et ne réussissent que fortuitement.

A. Pinard.

LE CARREAU

(ADÉNOPATHIE MÉSENTÉRIQUE. TUBERCULOSE DES GANGLIONS MÉSENTÉRIQUES)

La tuméfaction ou l'hypertrophie des ganglions lymphatiques du mésentère, auxquels se rendent les lymphatiques issus de l'intestin, détermine une déformation parti-

culière de l'abdomen, qui est connue du public sous le nom de *carreau*. Depuis que nous connaissons mieux les localisations de la tuberculose, nous savons que l'intumescence et la caséification des ganglions mésentériques est de nature tuberculeuse et que les entérites chroniques non tuberculeuses ne retentissent pas à un tel degré sur ces ganglions.

Certains auteurs pensent qu'il n'y a pas lieu de disjoindre la description du carreau de celle de la tuberculose intestinale et péritonéale (Bouchut), ces diverses localisations du bacille existant le plus souvent en même temps. Au point de vue thérapeutique, cependant, il nous paraît qu'il y a lieu de maintenir la distinction. Sans doute l'existence d'ulcérations tuberculeuses dans l'intestin retentit sur les ganglions mésentériques et le bacille de Koch les infecte secondairement. Mais souvent il existe des lésions assez étendues de la muqueuse intestinale produisant des douleurs, de la diarrhée incoercible, du melæna, et cependant le malade ne présente pas le gros ventre du carreau; inversement, il peut exister de la péritonite tuberculeuse avec ascite ou sans ascite, les ganglions du mésentère n'étant pas sensiblement tuméfiés. Dans le premier cas, la forme du ventre n'est pas celle du carreau, la matité n'est pas répartie de même, la consistance est différente; dans le second, le ventre peut n'être qu'à peine tuméfié, il peut même être rétracté en certains points, la palpation et la percussion donnent des résultats autres que dans le carreau.

La pathogénie du carreau est simple : il résulte de

la pénétration des bacilles venus dans l'intestin avec les aliments et ayant franchi la barrière épithéliale sans ulcération macroscopiquement appréciable de la muqueuse. Il aura suffi qu'une irritation catarrhale chronique, par suite d'une alimentation défectueuse, ait altéré l'épithélium intestinal; la lésion est banale, réparable, et n'engendre pas toujours un ulcère tuberculeux. Les ganglions mésentériques réagissent contre les bacilles ou leurs sécrétions; peut-être réussissent-ils à les retenir et à empêcher temporairement l'infection générale parce qu'il s'agit de bacilles d'une faible virulence.

Quoi qu'il en soit de cette hypothèse pathogénique, la thérapeutique n'est pas la même quand les ganglions mésentériques sont seuls tuméfiés que s'il existe de l'entérite et de la péritonite tuberculeuses.

La prophylaxie du carreau se confond avec celle du catarrhe chronique de l'intestin. Il faut obtenir que les règles de l'allaitement des nourrissons et de l'alimentation des enfants après le sevrage soient observées. On doit recommander l'usage exclusif du lait stérilisé ou bouilli. Dès qu'on est averti des signes d'entérite, il faut enrayer rapidement celle-ci.

Les tumeurs mésentériques une fois constatées, au milieu du ventre, au-dessous de l'ombilic, et le diagnostic établi avec le gros ventre des rachitiques par ectasie gastro-intestinale, avec les scybales qui se trouvent dans les flancs surtout au niveau de l'S iliaque, — on institue d'une part le traitement général de l'infection tuberculeuse :

huile de foie de morue créosotée, injections sous-cutanées de créosote, ou mieux lavements et suppositoires de créosote, alternant avec l'iodoforme, les phosphates solubles et le phosphate de chaux, les bains de mer ou les eaux chlorurées sodiques de Salies ou de Salins, — d'autre part les révulsifs, badigeonnages de teinture d'iode, le collodion iodé, les onctions avec la lanoline iodo-potassique, les pointes de feu.

Si les tumeurs mésentériques sont compliquées d'ascite par infection péritonéale, on doit évacuer celle-ci dès qu'elle entrave la respiration et peut-être même plus tôt, s'il est vrai, comme on l'a dit, que le liquide ascitique, dans ces cas, étant riche en tuberculine, favorise la germination des tubercules à la surface du péritoine.

L'alimentation doit être de nature à ne pas irriter l'intestin : lait, œufs, et. si les enfants ont atteint la troisième année, pulpe de viande crue, poudre de viande.

P. Le Gendre.

TRAITEMENT DE LA CHLOROSE

Lorsqu'on constate, chez une fillette, au moment de la puberté, ou même de 6 à 10 ans dans les familles où la chlorose se montre héréditaire, les symptômes rationnels et les signes physiques de l'anémie, il faut d'abord s'assurer qu'il n'existe aucune de ces anémies symptomatiques d'une maladie organique (poumon, cœur, tube digestif) qui peuvent en imposer pour la chlorose.

On compte, s'il est possible, les globules, afin de juger l'intensité de la lésion sanguine et de pouvoir suivre par des numérations ultérieures les progrès et les temps d'arrêt dans la réparation. On dose l'hémoglobine avec l'hématospectroscope de Hénocque.

Le *traitement* ne doit pas se borner à administrer du *fer*, bien qu'il soit prouvé que l'intervention de ce médicament est indispensable à la guérison rapide et surtout définitive (Hayem).

Il y a lieu de considérer *sous quelle forme* le fer doit être prescrit, à quel moment de l'évolution morbide, quelle médication doit précéder la médication martiale pour lui assurer le maximum d'activité, ou l'accompagner pour en assurer la tolérance.

Presque toutes les chlorotiques sont dyspeptiques, mais certaines le sont à un faible degré qui permet de penser que le traitement direct de la chlorose fera disparaître cette légère dyspepsie, sans qu'il soit nécessaire d'opposer à celle-ci un traitement spécial et préalable. Mais chez la plupart il est indispensable de traiter d'abord ou simultanément la dyspepsie.

La majorité des chlorotiques ont une atonie gastrique qui va souvent jusqu'à la dilatation de l'estomac, et elles ont de l'hypochlorhydrie. Quelques-unes cependant ont une hyperchlorhydrie, au moins intermittente, avec crises douloureuses paroxystiques quand l'estomac est à l'état de vacuité : celles-là sont exposées à l'ulcère de l'estomac. Il pourra être utile dans les cas douteux d'explorer le chimisme stomacal, sous réserves de ne pas risquer de provoquer par le contact de la sonde la formation d'une éro-

sion de la muqueuse, qui pourrait dégénérer en ulcère au contact d'un suc gastrique hyperacide.

Aux *chlorotiques qui ont l'atonie gastrique et les symptômes d'hypochlorhydrie* — lenteur de la digestion sans douleur pendant les trois ou quatre premières heures, puis éructations fades ou aigres ou nidoreuses, quelquefois douleurs tardives (4 à 5 heures après les repas) dues à la formation des acides organiques au sein des résidus chymeux stagnants dans l'estomac inerte — à celles-là conviennent :

1° Avant les repas les amers simples ou les excito-moteurs de la contractilité des fibres musculaires lisses (gentiane, quassia, et strychnine, brucine, sous les formes de teinture de Baumé ou de noix vomique).

2° A la fin des repas ou une demi-heure après, la limonade chlorhydrique au titre de 3 ou 4 pour 1000 et à une dose variant du verre à bordeaux au grand verre. L'HCl peut être aspiré avec un tube de verre ou un chalumeau pour protéger les dents dont l'émail est très sensible à son action corrosive ; ou son ingestion peut être suivie d'un rinçage de la bouche avec une solution alcaline.

3° A celles-là aussi peuvent convenir comme antiseptiques le naphtol, le salicylate de bismuth, l'eau chloroformée 3 à 4 heures après les repas.

Aux rares chlorotiques qu'on peut soupçonner *d'hyperchlorhydrie* on donnera le bicarbonate de soude et les poudres absorbantes anti-acides deux heures environ après le repas, sans craindre de pousser jusqu'à la dose efficace, par fractionnement en paquets de 1 gramme de bicarbonate de soude, craie et magnésie, de demi en demi-heure ou d'heure en heure.

Le *choix des aliments* reposera sur ce double principe : laisser la chlorotique manger ce qui la tente, hormis les cas où il y aurait imprudence notoire : ainsi, on interdira toujours la friture, les acides en cas d'hyperchlorhydrie, l'alcool, le vin pur et par suite tous les élixirs. Aux chlorotiques gastropathes, le lait pur ou coupé d'eaux alcalines, la bière conviennent mieux comme boisson.

On veillera à ne pas épuiser le peu de forces dont disposent les malades en leur imposant, sous prétexte d'exercice, de longues promenades ou de la gymnastique. Le *repos au grand air*, de *courtes promenades graduées en terrain plat* leur conviennent mieux.

Les *frictions* générales sèches et aromatiques quotidiennes faciliteront la circulation cutanée, combattront la tendance au refroidissement, stimuleront les centres nerveux par voie réflexe.

Une grave erreur, trop répandue, consiste à envoyer les chlorotiques au bord de la mer ou dans des altitudes excessives : le résultat en est généralement une aggravation rapide de l'asthénie, une destruction croissante des globules. La *plaine* d'abord, puis les *forêts*, plus tard *des altitudes médiocres* : 500 à 600 mètres, quand la maladie est en voie de guérison, voilà ce qui leur convient le mieux.

Les *inhalations d'oxygène* sont utiles et aussi les *bains d'air comprimé* dans les villes où existent des établissements d'aérothérapie. J'ai vu des guérisons remarquablement rapides et définitives par cette cure d'air comprimé dans des cas où les autres traitements avaient échoué ou n'avaient pu empêcher les rechutes.

Arrivons au *fer*.

Les règles qui doivent présider à son administration sont le choix d'une *préparation facilement assimilable*, la nécessité de *varier les préparations* (il n'en est aucune qui puisse continuer à être utile jusqu'à la fin de la cure), enfin le soin de faire prendre le fer *toujours au milieu des repas* pour préserver autant que possible la muqueuse gastrique de son contact.

Les préparations à base de chlore, le protochlorure ferreux, le perchlorure de fer sont parmi les bonnes.

M. Hayem, après bien des essais, est arrivé à la conviction que le proto-oxalate est des meilleures.

Les sels ferreux à base d'acides organiques sont très avantageux : tartrate ferrico-potassique, teinture de Mars, citrate, lactate de fer ; les préparations à base de peptones ont été fort vantées. Le fer réduit a donné de bons résultats. Les eaux minérales ferrugineuses, Forges, Spa, etc.

La *constipation* doit être surveillée et combattue par les laxatifs végétaux et les excito-moteurs de la contractilité intestinale, par les irrigations du gros intestin.

L'*hydrothérapie* est un précieux auxiliaire : depuis la lotion froide et le drap mouillé, jusqu'à la douche en jet simple ou brisé. Cependant il faut en être ménager chez les chlorotiques trop débiles ou trop excitables.

Les bains sulfureux et salés rendent aussi de grands services.

P. LE GENDRE.

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

REVUE PRATIQUE
D'OBSTÉTRIQUE
ET DE PÆDIATRIE

Septembre 1893

SOMMAIRE :

La symphyséotomie est-elle une opération à la portée du praticien, par H. VARNIER. 257
Traitement de la diphtérie, par A. PLICQUE. 275

LA SYMPHYSÉOTOMIE EST-ELLE UNE OPÉRATION A LA PORTÉE DU PRATICIEN ?

Une des grosses objections faites à la symphyséotomie par la majorité des accoucheurs allemands réunis au congrès de Breslau a été que cette opération, si elle pouvait à la rigueur donner de bons résultats dans une Maternité bien organisée, pourvue d'un personnel nombreux et bien dressé, n'était pas et ne serait pas de longtemps à la portée du praticien. Certains ont été jusqu'à dire que l'opération césarienne à indication relative lui était supérieure dans la pratique des villes et des campagnes !

Nous pensons, quant à nous, et M. Pinard s'en est expliqué nettement dans sa communication (publiée ici même) à la Société obstétricale de France, que tout médecin connaissant bien l'anatomie de la région et le manuel opératoire, au fait des exigences actuelles de la chirurgie, ayant répété l'opération sur le cadavre avant de se per-

mettre de la pratiquer sur le vivant, peut et doit sectionner la symphyse lorsque, par suite d'une viciation pelvienne, le passage de l'enfant vivant et non mutilé est reconnu impossible par les voies naturelles (1).

J'ai écrit à la fin du bilan que j'ai publié en avril dernier dans les Annales de Gynécologie :

« Lorsque Morisani et nous après lui et d'autres après nous ont pris parti pour la symphyséotomie, il a été bien entendu qu'il s'agissait de la symphyséotomie *antiseptique sur des femmes non infectées*. Qu'on ne vienne donc plus arguer de la mortalité par septicémie. Pour juger la symphyséotomie septique, il n'est pas besoin de nouvelles observations ; celles du temps passé suffisent.

« Les questions sur lesquelles il pouvait rester des doutes dans l'esprit de quelques-uns étaient uniquement celles-ci :

« 1° Oui ou non, la symphyséotomie raisonnée, calculée, bien conduite, entraîne-t-elle, comme on s'est plu à le répéter lors de la publication de Spinelli et de nos premiers essais, des désordres immédiats ou consécutifs soit du côté des symphyses sacro-iliaques, soit du côté de l'urèthre et de la vessie.

« L'expérience clinique, confirmant de tous points les résultats de l'expérimentation cadavérique répond : non.

« 2° Oui ou non, pour les bassins dont le rétrécissement n'est pas extrême, l'agrandissement produit par la section pubienne complète suffit-il au passage du fœtus vivant à terme ? Oui, répondent les faits.

(1) Revoyez pour les indications nos articles antérieurs.

« 3° Oui ou non, la symphyse est-elle difficile à trouver et à sectionner ? Non, puisque sur 125 cas on ne l'a manquée que 3 fois ; sur 2 de ces cas où la scie a été employée l'opération a pu s'achever sans encombre.

« 4° Oui ou non, l'opération donne-t-elle lieu à autre chose qu'à une hémorrhagie veineuse aisée à contenir (par le tamponnement de la plaie) dans des limites non dangereuses ? Non. L'unique cas de Lyon n'est pas pour modifier notre conviction.

« Restent donc, au moment du dégagement de la tête au détroit inférieur et à l'orifice pubio-périnéal, les déchirures antérieures vulvo-vaginales qui, d'après nos observations et celles de plusieurs confrères, sont manifestement dues au manque de soutien des parties molles antérieures au moment de l'extraction. Ces déchirures nous paraissent faciles à éviter ou à limiter... Rien n'est plus simple en effet, une fois la tête engagée à fond et la rotation faite, peut-être même avant la rotation, que de refermer le bassin, de réduire à 0 la brèche antérieure, de restituer aux parties molles leur soutien osseux ; quitte, une fois la tête dégagée par déflexion, à laisser se rouvrir le bassin pour l'engagement et la descente des épaules, et à le refermer encore pour l'extraction finale. C'est ce que nous ferons désormais pour notre part (1).

« Ainsi disparaîtra, pour la mère, le seul danger de la

(1) Depuis le mois d'avril c'est la pratique suivie à la clinique Baudelocque ; sept nouvelles symphyséotomies ont été faites ainsi, sans la moindre déchirure vulvo-vaginale. (H. V.)

symphyséotomie *antiseptique, raisonnée, calculée, bien conduite.* C'est se moquer que de comparer, au point de vue de l'irréductibilité de la mortalité maternelle, la symphyséotomie à l'ovariotomie. »

Depuis que ces lignes sont écrites, j'ai continué à collationner les observations publiées avec détails, et j'en suis encore à trouver un cas dans lequel la mort de la femme ait été la conséquence soit d'une hémorrhagie, soit de délabrements des symphyses postérieures, soit de lésions vésicales imputables *à l'opération.*

Reste donc la question suivante : En admettant que l'opération antiseptiquement pratiquée, sur une femme non infectée, et *d'après des règles dès maintenant bien établies,* n'expose à aucun accident d'ordre mécanique, peut-on, à la ville ou à la campagne, dans n'importe quel milieu, sans appareil instrumental spécial, sans moyens de contention perfectionnés, réunir les conditions nécessaires pour opérer avec succès.

Nous le croyons fermement. Mais c'est à nos confrères de province, de le démontrer, et c'est pour commencer cette démonstration qu'il m'a paru bon de mettre sous les yeux de nos lecteurs les deux observations qui suivent et dont l'une nous vient du Limousin et l'autre du Nord.

Observation 1re due au Dr Bourdeau d'Antony.

La femme F.., vingt-deux ans, taille 1m,41 centim., habite Limoges depuis un an environ. Née à Chamberet, canton de Treignac (Corrèze), cette femme a été réglée à quinze ans, irrégulièrement d'ailleurs jusqu'au moment de son mariage,

à dix-sept ans ; elle est devenue enceinte quelque temps après. En outre de sa taille au-dessous de la moyenne, le sujet présente des signes évidents de rachitisme : articulations grosses, jambes légèrement incurvées, noyaux osseux exagérés du côté de la colonne vertébrale, plus particulièrement en bas, à la région sacrée, où l'on peut observer comme une sorte de bosse à la hauteur de l'articulation sacro-lombaire, bosse qui semble se répéter à l'intérieur au niveau du détroit supérieur. L'abdomen distendu par le produit de la conception offre un aspect anormal ; il est avec son contenu entièrement déjeté à droite, et si après avoir mis la femme bien à plat sur le dos, on essaye de ramener le tout à la position exacte, il ne s'y maintient pas et retombe aussitôt qu'on cesse de le soutenir. La tête que l'on sent directement en bas n'est pas engagée.

Le premier accouchement aurait été des plus pénibles. Après deux jours de douleurs, on se décide à réclamer l'assistance d'un médecin ; celui-ci, devant l'inutilité de ses efforts, demande qu'on lui adjoigne un confrère, et tous deux, après plusieurs applications de forceps faites à plusieurs heures d'intervalle, finissent par amener un enfant la tête écrasée, qui vit quelques instants à peine. A la suite de quoi la femme serait demeurée plusieurs jours entre la vie et la mort, et aurait passé trois mois au lit. Deuxième accouchement, vingt-neuf mois après, spontané cette fois, probablement avant terme, car l'enfant est arrivé mort, et nous ne nous expliquons pas bien comment, avec un bassin semblablement conformé, un fœtus de neuf mois aurait pu passer à lui tout seul, à moins peut-être qu'il ne soit macéré et déjà fortement ramolli. Les renseignements à cet égard sont assez peu précis.

Enfin, cette femme devient à nouveau enceinte dans le courant de l'année 1892, et le 14 février dernier au soir je

suis appelé auprès d'elle par Mme Babot, sage-femme, qui depuis déjà deux jours attendait en vain une délivrance pour elle et pour sa malade.

L'interrogatoire et l'examen superficiel me font connaître ce que j'ai déjà signalé : dès le début des douleurs, les eaux sont parties sans dilatation aucune; la femme souffre beaucoup; le col nullement descendu et dont l'orifice projeté en arrière est assez difficile à atteindre, n'offre pas en ce moment une dilatation plus grande qu'une pièce de 50 centimes, à peine de quoi introduire l'extrémité de l'index; il est d'ailleurs absolument rigide et ne se laisse pas du tout distendre; la malade, fort impatiente, s'agite et crie beaucoup ; le toucher lui est insupportable; il est fort difficile de reconnaître ainsi la partie fœtale. Je m'abstiens de pousser plus loin mes investigations. Je me retire après avoir annoncé que l'accouchement ne se ferait pas encore, et qu'à moins de contre-ordre, je reviendrai le lendemain au matin. Je dois dire qu'en ce moment je pensais que la rigidité du col était le seul obstacle à l'accouchement : les douleurs se succédaient bien marquées, les battements de cœur fœtal s'entendaient réguliers et normaux, rien n'indiquait d'intervenir. Aussi, quel ne fut pas mon étonnement lorsque le lendemain je trouvai les choses au point, ou à peu près, où je les avais laissées la veille : le col toujours élevé, dur et non dilaté; la femme de plus en plus énervée, supportant mal le toucher.

Après m'être assuré que la malade a uriné et a été à la selle, je prescris, sur le col, l'application d'une pommade à l'extrait de belladone, résolu à attendre encore, dans l'espérance que la dilatation va enfin se faire un peu plus grande, la parturiente ne discontinuant pas de pousser et d'avoir des douleurs. Mais le soir les choses ne sont guère changées, excepté que la malade énervée demande à tout prix qu'on en finisse, et que les douleurs vont en s'affaiblissant; la dilata-

tion n'a pas fait de bien grands progrès; c'est tout au plus si le col, toujours aussi haut et aussi dur, offre une ouverture large comme une pièce de 2 francs, résistant aux douleurs comme aux tentatives de dilatation faites avec le doigt, tentatives bien courtes d'ailleurs; car la malade, de plus en plus irritable, permet tout juste qu'on se rende un compte approximatif de l'état des lieux; à tel point que, croyant alors même que tout l'obstacle siège sur le col, je suis décidé à intervenir en le sectionnant d'un ou plusieurs coups de ciseaux, et à délivrer après la femme par une application de forceps.

Mais pour ce, j'avais besoin qu'on donnât le chloroforme à ma malade; elle ne voulait plus rien entendre, ne voulait rien supporter. Je fis appel au bon concours de mon excellent confrère et ami Bosset. Ce ne fut qu'une fois la malade endormie, que nous pûmes nous rendre un compte exact de la situation.

Et d'abord nous reconnûmes que, sous l'influence de la chloroformisation, le col qui nous avait paru si complètement rigide, se laissait légèrement distendre; il prêtait mieux aux doigts et à la main, qui put alors affirmer la présentation exacte O. I. G. A.; la tête nullement engagée était tout entière au-dessus du détroit supérieur, s'appuyant en avant et en arrière sur les rebords osseux qui la retenaient et l'empêchaient de descendre, le postérieur proéminant d'une façon inusitée en dedans. Nous avions affaire à un second obstacle de nouvel ordre, rétrécissement antéro-postérieur du détroit supérieur du bassin, celui-ci plus difficile à vaincre que l'autre, qui aurait pu dès lors ne paraître que comme la conséquence du rétrécissement osseux et qui cependant n'en existait pas moins par lui-même; car, comme nous le verrons, il a persisté jusqu'au dernier moment. Sans doute doit-on attribuer en partie

cette résistance du col aux déchirures et lésions multiples survenues à la suite des manœuvres employées lors du premier accouchement. Quoi qu'il en soit, abandonnant pour le quart d'heure toute idée de section sur le col, et après nous être bien rendu compte l'un et l'autre des différents obstacles que nous avions à vaincre, je proposai la symphyséotomie qui fut acceptée comme étant le mode d'intervention le plus propre à sauvegarder les intérêts de la mère et de l'enfant, dont l'état, à en juger par les battements du cœur, continuait à se maintenir satisfaisant.

Je dois avouer que, depuis quelque temps, les différents écrits sur cette opération récemment remise à l'ordre du jour m'avaient frappé, et que ce mode d'intervention, autrefois banni et conspué par nos devanciers comme par nos maîtres, me paraissait mériter une faveur autre que celle qu'on nous avait appris à lui donner à l'école. Les statistiques sont là qui font foi, et si les faits encore peu nombreux peuvent laisser quelques esprits hésitants, d'autres viendront s'y ajouter qui entraîneront définitivement l'opinion. L'école italienne avait su adopter et conserver cette opération, toute française cependant; l'école française l'a reprise venant d'Italie, et, comme les vins retour de l'Inde semblent ne s'en trouver que meilleurs, sachons au moins nous en servir aujourd'hui, alors que l'antisepsie nous rend les opérations favorables et que le *modus faciendi* n'exige qu'un peu d'habitude opératoire et aucune instrumentation spéciale. Comme la trachéotomie, elle peut être faite partout et par tous.

Toutes les précautions antiseptiques ayant été prises, le vagin largement irrigué, la femme endormie fut mise dans la position obstétricale ; les poils de la région soigneusement rasés et la région bien lavée, une sonde métallique fut introduite dans la vessie, destinée à y être laissée à

demeure, comme point de repère pendant l'opération. Je dois dire que l'utilité de cette sonde nons a paru tout au moins contestable. Alors, l'incision de la peau fut entreprise, allant de deux à trois centimètres au-dessus de la symphyse jusqu'à l'extrémité inférieure de cette symphyse, ou mieux, un peu au-dessus, car à ce niveau l'incision continuée d'un centimètre environ, fut, suivant le conseil de Pinard, détournée à droite, afin d'épargner le clitoris et son ligament suspenseur adhérent immédiatement à la symphyse sur la ligne médiane. Couche par couche, et sans nous presser, nous atteignons bientôt la surface osseuse en même temps que l'aponévrose des muscles droits sise au-dessus ; le premier temps opératoire était achevé.

Dans notre cas particulier, nous eûmes, pendant cette partie de l'opération, une légère complication à vaincre : la femme, j'ai oublié de le dire, était couverte de varices ; elle en avait jusque sur l'abdomen; deux ou trois veines variqueuses furent forcément sectionnées et donnèrent lieu à une hémorrhagie en nappe, qui fut vite combattue par l'application de pinces laissées à demeure.

Alors nous fîmes fortement appuyer les os iliaques par les personnes chargées de maintenir les cuisses à droite et à gauche, et nous attaquâmes la partie mise à découvert. Une ponction légère fut faite au bistouri à l'aponévrose des muscles droits, immédiatement au-dessus de la symphyse ; l'ouverture ainsi faite, agrandie au moyen de la sonde cannelée, nous permit bientôt d'introduire l'index de la main gauche, qui alors, suivant exactement la face postérieure de la symphyse, s'appliqua à en détacher le tissu cellulaire qui la réunit aux organes profonds, vessie, canal de l'urèthre. Sans difficulté aucune et assez rapidement, nous arrivâmes ainsi jusqu'à l'extrémité inférieure de cette symphyse ; puis reprenant exactement la notion de la ligne

médiane, l'index gauche étant toujours laissé à la même place et recouvrant toute la partie postérieure de la symphyse, avec le même bistouri qui nous avait servi à faire l'incision cutanée, nous abordâmes la symphyse elle-même. Sans nous occuper du point où nous l'attaquions, nous nous assurâmes d'abord que nous étions bien tombés sur le disque interosseux facile à reconnaître à la façon dont l'instrument le pénètre ; étendant alors notre va-et-vient de section de haut en bas, nous eûmes bientôt fait de séparer toute la partie antérieure des deux os et nous ne nous arrêtâmes que lorsque le doigt laissé en arrière ne nous sembla plus séparé de l'instrument tranchant que par la faible épaisseur du ligament postérieur. A ce moment un très léger degré d'écartement s'était produit au fur et à mesure que nous avancions dans le travail, le facilitant d'autant. Nous n'avions touché ni au ligament postérieur, ni au ligament inférieur. Abandonnant alors l'instrument pointu pour un bistouri boutonné, l'index de la main gauche étant toujours laissé à la même place, nous attaquâmes de haut en bas le ligament postérieur sans effort par un simple mouvement de scie très court ; nous le tranchons, dans toute son étendue, jusqu'au ligament inférieur ; là, alors, redoublant de précautions en raison de l'importance des organes voisins, fibre par fibre pour ainsi dire, et très lentement nous le sectionnons, ne nous arrêtant que lorsque la symphyse dont l'écartement s'est fait progressivement, laisse entre ses deux branches un intervalle plus que suffisant pour s'assurer, au moyen du doigt promené de haut en bas et de bas en haut, que toute résistance ligamenteuse est détruite.

La plaie lavée au sublimé est immédiatement bourrée de gaze iodoformée et recouverte de même. La femme, ceinturée à hauteur des hanches au moyen d'une serviette suffisamment serrée, est alors remise dans son lit attendant qu'une

dilatation plus complète du col permette, soit un accouchement spontané, soit une application de forceps.

Mais alors, comme avant, malgré que la tête affranchie du principal obstacle n'ait pas tardé à s'engager sous l'influence des contractions utérines qui, quoique légèrement affaiblies, n'ont pas discontinué, le col ne se laisse pas distendre. Petit à petit il s'est bien abaissé, cédant à la pression de la tête, mais son orifice ne s'est pas laissé beaucoup agrandir ni surtout beaucoup ramollir. Aussi, après une nuit passée à attendre et à surveiller la parturiente en même temps que le fœtus, décidâmes-nous à nouveau d'intervenir en sectionnant le col facilement accessible alors. Il y avait déjà douze heures au moins que nous avions fait la symphyséotomie ; les battements du cœur fœtal commençaient à devenir moins régulièrement prononcés : la femme n'en pouvait plus, n'avait plus la force d'aider à des douleurs qui allaient d'ailleurs en diminuant d'énergie et de fréquence ; un certain degré de tympanisme abdominal commençait à se produire, le facies devenait grippé, tout indiquait qu'il fallait en finir. En ce moment la dilatation était à peu près grande comme une pièce de 5 francs, le col était poussé par la tête bien engagée. La malade, à nouveau, fut endormie.

Mais alors, comme la première fois, sous le chloroforme, la main introduite dans le vagin pût s'apercevoir que si la dilatation était moins que suffisante à l'état de veille, peut-être pouvait-elle, pendant le sommeil, permettre, sans autre intervention nouvelle, une tentative d'extraction immédiate. Abandonnant alors les ciseaux que nous avions déjà en mains pour les branches du forceps, nous arrivâmes à placer celles-ci sans trop de peine. Une traction modérée d'abord, afin de donner au col tout le degré d'élasticité possible, un peu plus forte ensuite, permit de faire franchir à la tête le double obstacle : nous étions dans l'excavation d'où l'enfant,

une fille, fut amenée sans peine au dehors, un peu étonnée peut-être, mais vivante. Quelques frictions et un bain eurent vite fait de la ranimer. Aujourd'hui, cette enfant bien portante est en nourrice à la campagne (1).

Mais quelques renseignements sur le degré d'écartement donné aux branches pubiennes par la symphyséotomie avant et pendant l'accouchement paraîtront sans doute ici plus particulièrement intéressants.

Eh bien! je dois dire que lors de l'application du forceps, l'intervalle entre les deux surfaces articulaires qui, immédiatement après la section, était d'environ un centimètre et demi, et qui depuis s'était laissé agrandir à peu près du double à la suite des efforts d'engagement de la tête, avait été porté jusqu'à six et peut-être sept centimètres au moment de l'extraction. Je dois ajouter que, comme pendant l'opération première, un aide vigoureux, placé de chaque côté, comprimait fortement les os iliaques en dedans (2), en même temps qu'il soutenait les membres inférieurs, afin de mettre un obstacle dans la mesure nécessaire à un trop grand relâchement des parties.

La femme délivrée, il nous restait encore la plaie opératoire à fermer et les soins à donner à l'accouchée.

Pendant l'extraction, sous l'influence des tiraillements inévitables, quelques vaisseaux sectionnés s'étaient remis à donner, des caillots s'étaient accumulés dans le fond de la

---

(1) Nous prions ceux de nos lecteurs qui pratiqueront la symphyséotomie de ne pas oublier les mensurations du bassin et du fœtus. (H. V.)

(2) Nous recommandons avec insistance de renoncer à cette compression latérale exercée par les aides. Pour ne pas souffrir de l'opération le fœtus doit trouver devant lui la porte largement ouverte. Ce n'est pas la tête tirée par le forceps qui doit ouvrir le bassin, mais bien l'opérateur lui-même avant toute tentative d'extraction. Revoir à ce propos le tableau synoptique de Farabeuf annexé à la communication de Pinard.

plaie, dont il nous a fallu la débarrasser. Nous n'eûmes cependant aucune ligature à faire, un peu de compression à la gaze iodoformée et quelques lavages chauds au sublimé eurent vite fait d'arrêter cette hémorrhagie en nappe ; nous procédâmes aux sutures. Les surfaces osseuses étant rapprochées et maintenues en contact, des points isolés, au crin de Florence, furent simplement passés sur les lèvres de la plaie assez profondément et ce fut tout ; une épaisse couche d'iodoforme destinée à mettre cette plaie à l'abri des germes extérieurs fut répandue sur sa surface, gaze iodoformée et coton hyodrophile au-dessus. Le bassin, revêtu de ouate, fut entouré d'une ceinture plâtrée immobilisant bien les os iliaques et le haut des cuisses, et la femme irriguée et lavée antiseptiquement fut remise dans son lit.

Les suites opératoires furent simples, et si nous avons eu des accrocs, ils furent dus bien plus à des conséquences éloignées de l'accouchement qu'aux manœuvres elles-mêmes.

Pendant les deux ou trois premiers jours, la femme, affaissée plutôt par la longueur du travail que par l'opération, conserva un certain degré de tympanisme abdominal, sans douleur d'ailleurs à la pression, dû à la parésie de l'intestin ; le pouls, un peu petit, se maintenait aux environs de 100 ; il n'a jamais dépassé 110 ; la température restait oscillante entre 38° et 39°. Insensiblement, ces phénomènes s'amendèrent et tout semblait devoir rentrer dans l'ordre, lorsque notre malade se mit à se plaindre d'une douleur violente de la région sacrée, en même temps que les varices des membres inférieurs s'enflammaient et présentaient par plaques des noyaux indurés manifestement sensibles au toucher : application de pommade hydrargyrique sur les points douloureux ; ouverture à l'appareil d'une lunette qui nous permit de constater un commencement d'eschare au point exact où

nous avions observé le renflement anormal des os de la région ; c'était un pansement de plus à faire.

Quant à la plaie opératoire, elle se comportait toujours bien, soigneusement entretenue d'iodoforme, alors que chaque jour, deux fois, on avait fait à la femme les lavages vaginaux nécessaires ; elle était toujours restée à l'abri des germes extérieurs ; aussi le neuvième jour après l'opération, décidâmes-nous d'enlever les points de suture.

Dans toute la moitié supérieure, la plaie s'était cicatrisée par première intention ; plus bas, dans la partie tout à fait inférieure, la réunion avait manqué et les lèvres laissaient échapper un léger suintement séro-sanguinolent, sans trace de suppuration aucune, que nous avons attribué, le Dr Bosset et moi, à quelque caillot oublié par mégarde au fond de la plaie. Ceci ne contraria en rien, du reste, le résultat définitif, car le dix-huitième jour toute trace d'écoulement en ce point avait cessé, et le vingtième, la plaie était cicatrisée dans toute son étendue. De ce côté-là donc tout marchait à souhait et tout aurait été bien si une nouvelle complication n'avait surgi. Notre malade fut prise de cystite avec épreintes douloureuses du côté de la vessie, et impossibilité de retenir ses urines devenues troubles. Il faut dire que, dès le début, c'était le contraire qui avait eu lieu, et que pendant les deux ou trois premiers jours on avait été obligé de vider la vessie avec la sonde, manœuvre dont on avait continué d'user par mesure de propreté. Ajoutons à cela que dès le début aussi, et pendant les premiers jours, les urines avaient été très légèrement sanguinolentes. On combattit la cystite par les moyens appropriés ; elle céda rapidement.

Je dois ajouter que vers le douzième jour la ceinture plâtrée imbibée en arrière, malgré toutes les précautions prises, par les déjections et les liquides échappés de la vulve, s'était laissé ramollir, d'où nécessité de refaire un nouvel appareil;

la femme se plaignant d'ailleurs de points douloureux au niveau des crêtes iliaques, nous tenions à voir si de ce côté il n'y avait pas également menace de sphacèle. Heureusement qu'il n'en était rien, une simple trace contuse existait à ce niveau. Une nouvelle ceinture bien capitonnée de partout fut refaite avec lunette postérieure pour la plaie du sacrum, qui d'ailleurs, depuis qu'elle avait été mise à découvert, allait en s'améliorant. Cette ceinture, bientôt trop large par suite du tassement de la ouate qui la doublait, fut quelques jours après transformée en gouttière par la section d'une valve antérieure et serrée au fur et à mesure des besoins par trois courroies ordinaires en cuir, qui devinrent ainsi un perfectionnement du système (1). A partir de ce moment, chaque accident surajouté ayant suivi sa phase spéciale, les choses ne tardèrent pas à s'améliorer ; la malade mangeait et reprenait des forces, et à part l'impatience qu'elle avait de son immobilisation prolongée, rien ne vint plus entraver la marche normale vers la convalescence. Quelques piqûres de morphine, destinées à engourdir son état nerveux, vinrent nous aider à lui faire prendre patience. Le vingt-huitième jour après l'accouchement, nous la tirions de son appareil si difficile à lui faire supporter, et trois ou quatre jours après nous lui donnions la permission de se lever. La réunion osseuse nous paraissait assez solide, les symphyses bien appliquées l'une contre l'autre, l'état général était pleinement satisfaisant. Petit à petit cette malade a repris ses occupations accoutumées, ne se ressentant nullement, ni dans sa marche ni dans ses travaux journaliers, de

(1) Ces inconvénients des appareils contentifs ne compensent pas les avantages qu'on pense en retirer. L'école napolitaine se contente d'un simple bandage de corps bien serré et c'est la pratique que nous aurions tendance à recommander actuellement. (H. V.)

notre double intervention. Nous comptions la présenter aujourd'hui à notre réunion. Depuis deux jours elle est partie pour la campagne rejoindre sa fille qu'elle avait hâte de retrouver. Elle m'a d'ailleurs promis de se mettre à notre disposition pour l'une de nos plus prochaines séances.

De tous ces faits, une conclusion me semble dès à présent devoir s'imposer : c'est que, si malgré toutes les péripéties traversées pendant et à la suite de l'opération nous avons pu conduire notre entreprise à bonne fin, à plus forte raison devons-nous bien augurer d'une même intervention dans les cas simples où le seul rétrécissement osseux vient mettre obstacle à l'accouchement.

Je ne crois pas, en effet, que semblable opération ait jamais été tentée dans des conditions aussi peu avantageuses, conditions de personne, avec toutes les complications qui en ont été la conséquence, conditions de milieu, milieu peu aisé, dans une pièce petite servant en même temps de chambre à coucher et de cuisine, où la marmite qui faisait bouillir l'eau nécessaire à nos pansements, se coudoyait avec le pot-au-feu, et où nous ne pouvions obtenir la propreté désirable qu'en exagérant nos recommandations. Et cependant nous sommes arrivés au but avec des moyens bien simples, primitifs pour ainsi dire. La femme aujourd'hui complètement remise va et vient comme tout le monde, l'enfant est vivant, bien portant, et je ne crois pas qu'il soit désormais possible, alors surtout que les observations et les statistiques viennent de plus en plus éclairer la situation d'un jour nouveau, de négliger ce mode d'intervention avantageux tout à la fois et pour la mère et pour l'enfant.

La crâniotomie, l'enfant étant encore vivant, a fait son temps ; quant à l'opération césarienne elle doit être réservée pour les cas assez rares où toute intervention autre est et demeure absolument impraticable. »

OBSERVATION II, due au Dr PRUVOST (de Raismes).

Le 5 janvier 1893, à 2 heures du matin, je fus appelé par une sage-femme auprès de la femme C..., qui était en travail depuis 24 heures.

Il s'agissait d'une présentation de la tête au détroit supérieur ; la dilatation était complète, mais à la saillie de l'angle sacro-vertébral, je reconnus facilement que je me trouvais en présence d'un rétrécissement du bassin (9 centim.). Je pratiquai néanmoins une application de forceps, mais sans résultat ; j'attendis un moment et je renouvelai ma tentative sans plus de succès.

J'appelai alors en consultation mon confrère, le Dr Descamps.

L'enfant étant encore vivant, nous décidâmes de faire la symphyséotomie.

La femme étant placée dans la position dorso-sacrée, après avoir rasé le pubis et pris toutes les précautions antiseptiques, je fis une incision d'environ 8 centim. aboutissant au clitoris et exactement sur la ligne sterno-clitoridienne. Après avoir incisé la peau et le tissu cellulaire je séparai les muscles droits.

L'index de la main gauche introduit alors dans la cavité prévésicale reconnut la symphyse et servit de guide au bistouri boutonné tout en protégeant la vessie. Le ligament supérieur étant coupé, le bistouri pénétra dans le fibro-cartilage interosseux et l'écartement commença. Pour la section du ligament inférieur, j'introduisis l'index en crochet sous la symphyse afin de protéger l'urèthre : l'écartement produit après cette section fut d'environ 6 centim.

Nous arrêtâmes alors, par le tamponnement, une hémorragie due à la déchirure des veines du plexus de Santorini et nous fîmes un pansement provisoire que je maintins avec la main pendant que mon confrère faisait l'application de forceps qui fut des plus simples.

L'enfant, qui était dans un état de mort apparente, fut bientôt ranimé (1).

L'accouchement terminé, après avoir soigneusement lavé la plaie avec de la liqueur de Van Swieten (précaution que nous avions prise d'ailleurs pendant toute la durée de l'opération), nous fîmes trois sutures profondes au catgut et quelques sutures superficielles au crin de Florence ; un pansement antiseptique fut appliqué et nous fîmes une injection intra-utérine de sublimé au 1/4000. Un bandage de corps par-dessus le pansement et une serviette liée au-dessus des genoux constituèrent l'appareil contentif destiné à maintenir l'affrontement des surfaces de la symphyse (2).

Les suites furent des plus simples, les fils furent enlevés le 7e jour, la réunion était parfaite. Le 15e jour la femme fut débarrassée de son appareil contentif et je lui permis de remuer un peu dans son lit.

Le 25e jour elle se leva et un peu à la fois put vaquer à ses occupations.

Elle n'éprouvait qu'un peu de gêne pour se baisser ou s'asseoir sur le sol. Aujourd'hui, c'est-à-dire 2 mois 1/2 après l'accouchement, ces petits inconvénients ont complètement disparu et la femme se trouve aussi alerte qu'autrefois.

Elle nourrit son enfant qui est magnifique de santé.

Au toucher on sent sous la symphyse une légère encoche due à l'absence du ligament inférieur, mais la soudure de la symphyse est complète.

La femme C... est âgée de 30 ans, elle est de très petite taille et a eu, paraît-il, il y a 2 ans, un premier accouchement très laborieux qui s'est terminé par une application de forceps très pénible ; l'enfant, quoique petit, était mort et avait la tête considérablement déformée.

(A suivre.) H. VARNIER.

(1) Manquent le poids et les diamètres de l'enfant.

(2) Comparez avec le bandage plâtré de l'observation précédente.

TRAITEMENT DE LA DIPHTÉRIE

Par le Dr **A. Plicque**, ancien interne des hôpitaux (1).

RÉSUMÉ CLINIQUE. — 1° Les modes de début. L'angine et ses caractères; insidiosité absolue de certaines angines couenneuses. Le coryza. Le croup d'emblée. — 2° Les formes sans croup et les formes avec croup. — 3° Les causes de mort dans la diphtérie : intensité de l'angine, infection générale paralysies diphtéritiques, asphyxie mécanique du croup.

TRAITEMENT. — 1° *Traitement de l'intoxication générale.* — Dangers des médicaments. Hygiène. Air pur. Technique de l'atmosphère phéniquée. Alimentation : alimentation en cas de trachéotomie, de paralysie, de néphrite. — 2° *Traitement de l'angine diphtéritique.* — A) Méthode de l'atmosphère phéniquée. — B) Méthode des cautérisations. Procédé de Gaucher. Procédé de Ruault. Discussion des deux méthodes. — 3° *Traitement du croup.* — Moyens qui permettent parfois d'éviter la trachéotomie. Dangers et inconvénients de la trachéotomie. Manuel opératoire. Soins immédiats. Soins consécutifs. Complications : Infection de la plaie, emphysème, hémorrhagies, bourgeons trachéaux, broncho-pneumonie, bronchite diphtéritique. — 4° *Traitement du coryza diphtéritique.* — 5° *Traitement de la diphtérie cutanée.* — 6° *Traitement de la paralysie diphtéritique.* — Formes pharyngées, cardiaques, respiratoires.

PROPHYLAXIE. — 1° Individuelle, 2° générale.

Résumé clinique. — La diphtérie débute neuf fois sur dix par une angine. Cette angine est parfois grave d'emblée, étendue, offrant des fausses membranes épaisses, fétides, gangréneuses. Bien plus souvent elle est au premier abord insignifiante et bénigne. La réaction générale,

(1) Nous empruntons ce chapitre, spécial à l'enfance, au *Précis de clinique thérapeutique* que le Dr A. Plicque, ancien interne des hôpitaux, auteur du *Manuel de diagnostic chirurgical*, fera paraître à la librairie G. Steinheil dans quelques semaines.

la fièvre, les douleurs sont bien moindres que dans une simple angine herpétique. L'aspect couenneux, pseudo-membraneux nest pas constant. Le dépôt a parfois tout l'aspect d'un simple enduit pultacé. Aussi le pronostic, en présence d'une angine blanche si bénigne qu'elle paraisse au début, doit-il toujours être très réservé. Si le dépôt blanchâtre s'étend non seulement sur les amygdales, mais sur la luette et les piliers palatins, si les ganglions sont notablement engorgés, si l'enfant est pâle, affaibli on peut presque à coup sûr affirmer la diphtérie.

Le début par le coryza diphtérique est plus rare. Le coryza coexiste presque toujours avec l'angine. Le jetage épais, fétide avec débris pseudo-membraneux, le fait assez facilement reconnaître ; une diphtérie avec coryza est toujours une diphtérie rare.

Le début par le larynx sans coryza, sans angine préalable, est beaucoup plus grave encore.

Formes. — La maladie constituée, on peut distinguer deux formes : la forme sans croup, la forme avec croup. Dans la forme sans croup c'est l'infection qui constitue le grand danger. Tantôt elle tuera par l'intensité de l'angine gangréneuse, hémorrhagique, compliquée de bubons du cou. Tantôt elle tuera par l'infection générale : néphrite, myocardite, broncho-pneumonie. Tantôt enfin la mort surviendra du fait de la paralysie diphtéritique et de ses déterminations bulbaires ou cardiaques. Mais, en dehors de ces complications, la diphtérie non compliquée de croup est relativement peu meurtrière.

Quand au contraire la fausse membrane gagne le larynx, l'obstacle mécanique ainsi formé devient un agent direct d'asphyxie; après une courte période de lutte le tirage commence. De temps à autre l'enfant s'épuise encore en vains efforts de toux rauque et navrante, se plaint d'une voix éteinte, aphone, se débat, puis il retombe épuisé. L'air ne pénètre plus dans la poitrine. A chaque inspiration on voit se déprimer le creux épigastrique, le creux sous-sternal. Parfois dans un suprême effort l'enfant finit par rejeter la fausse membrane qui l'étouffe; mais le plus souvent la trachéotomie s'impose. Si le soulagement momentané est considérable, les suites de l'opération sont toujours graves. En dehors des dangers tenant à l'infection diphtéritique qui continue son cours, la trachéotomie prédispose singulièrement à la broncho-pneumonie.

Traitement. — L'étude du traitement de la diphtérie comprend donc une série de grands chapitres, traitement du croup, traitement de l'infection générale, traitement de l'angine, traitement du coryza, traitement de la paralysie diphtéritique. Les indications résultant des autres complications, néphrite, diphtérie cutanée, broncho-pneumonie, myocardite, seront étudiées à propos de ses diverses manifestations et surtout à propos de l'infection générale.

Traitement de l'intoxication générale. — Le diphtéritique a plus que tout autre malade besoin de beaucoup d'air, et d'air aussi pur que possible. Il a besoin d'une

alimentation aussi riche que possible. Moins que tout autre malade il supporte les médicaments internes. Au milieu de l'intoxication profonde de la diphtérie il est deux organes qui résistent et qui peuvent fournir un point d'appui, l'estomac qui conserve son appétit, le cerveau qui conserve son intelligence et son énergie. Or, parmi les médicaments proposés, les uns : quinquina, perchlorure de fer, copahu, cubèbe, sulfate de quinine, soufre, térébenthine, fatiguent et révoltent à bref délai l'estomac. Les autres : chlorate de potasse, opium, belladone, sont d'autant plus toxiques que le rein surchargé arrive plus difficilement à les éliminer. Ils abattent vite l'énergie qui reste au malade. Sans doute chacun des médicaments que nous venons d'énumérer, en particulier le chlorate de potasse, le perchlorure de fer, le sulfate de quinine, garde ses partisans, mais la valeur de ces médicaments étant incertaine, leurs inconvénients étant certains, nous ne les citons que pour mémoire. A notre avis, le traitement de l'intoxication diphtéritique doit être purement hygiénique, il ne comporte aucun médicament interne.

On se préoccupera tout d'abord de l'air à fournir au diphtéritique. Faites évacuer complètement la chambre la plus vaste, la plus ensoleillée de la maison en enlevant les rideaux, les tapis et tous les meubles. Faites-la nettoyer, aérer largement en allumant un feu très vif dans la cheminée toutes les fenêtres ouvertes. Faites-y ensuite transporter le lit de l'enfant, une table, un fauteuil pour la

garde. Ne permettez jamais que deux enfants atteints de diphtérie soient soignés ensemble dans la même pièce; ils s'intoxiqueraient l'un l'autre. Veillez à ce qu'il n'y ait autour de l'enfant que le nombre de gardes strictement indispensable. En toutes saisons on entretiendra un feu de bois plus ou moins vif dans la cheminée, précaution utile pour amener l'aération. Les fenêtres suivant la saison seront plusieurs fois par jour, soit entre-bâillées, soit largement ouvertes. Les refroidissements sont faciles à éviter avec des précautions et beaucoup moins à craindre que le manque d'aération. Il existe d'ailleurs un critérium infaillible. Si le matin en entrant dans la pièce, le médecin sent cette odeur de putridité spéciale à la diphtérie, l'aération n'est pas suffisante.

L'air pur est nécessaire pour l'état général. Au point de vue des manifestations locales on doit maintenir une certaine humidité. On conçoit de plus combien l'air charge de principes antiseptiques peut modifier incessamment l'état du pharynx, du larynx, des bronches. Les vaporisations phéniquées paraissent constituer à l'heure actuelle le moyen le moins infidèle que nous ayons contre la diphtérie.

La *technique des vaporisations phéniquées* a été remarquablement établie par les médecins de Touraine, cette terre classique de la diphtérie, et en particulier par le Dr Renou, de Saumur (1). La pièce où se trouve l'enfant sera

(1) J. Renou. *La diphtérie, son traitement antiseptique.* Paris, 1889.

cubée. La quantité d'acide phénique à employer sera en moyenne d'un gramme par mètre cube et par vingt-quatre heures. On se servira d'acide phénique pur, cristallisable en neige, sans odeur empyreumatique. Pour un mètre cube, la quantité d'eau sera d'environ 300 grammes par vingt-quatre heures, soit trente litres environ pour une chambre ayant six mètres de long, cinq mètres de large, trois mètres de haut. Afin de simplifier on met simplement à bouillir l'eau avec une poignée de feuilles d'eucalyptus et l'on ajoute de temps à autre une cuillerée d'acide phénique en solution au dixième dans l'alcool de Montpellier.

Pour pratiquer la vaporisation il suffit d'une casserole placée sur un fourneau de cuisine à pétrole, une lampe à alcool.

La quantité d'acide phénique à vaporiser indiquée plus haut est une moyenne et même un maximum. Elle sera diminuée si l'air devient irritant, détermine chez la garde une cuisson de la gorge, chez l'enfant une toux sèche. Les urines seront recueillies avec soin. La vaporisation phéniquée sera suspendue et l'eau largement renouvelée, quand les urines présentent une teinte verdâtre, vert-olive, même très légère.

Après la trachéotomie, l'absorption étant beaucoup plus forte, la quantité d'acide phénique sera réduite environ de moitié et plus encore chez les enfants de moins de deux ans.

On réalise ainsi une atmosphère spéciale, chaude,

humide, antiseptique. Il faut sans doute surveiller d'une part la causticité de l'acide phénique annoncée par la cuisson, la toux, les sensations du malade et surtout du médecin et de la garde. Il faut surveiller d'autre part la toxicité annoncée par les urines noirâtres vert-olive, un peu d'assoupissement. La surveillance sur ce point sera particulièrement sévère quand il existera de l'albuminurie.

Bien d'autres traitements de la diphtérie par les vaporisations diverses ont été proposés. Un seul doit être encore mentionné, car il a joui d'une grande vogue et a semblé parfois réussir dans des cas presque désespérés; c'est le *traitement de Delthil*. Toutes les deux ou trois heures on fait brûler dans la chambre de l'enfant, au moyen d'un appareil spécial, un mélange de 200 gr. de goudron pour 80 gr. d'essence de térébenthine. On espace ensuite ces fumigations, à mesure que l'amélioration revient. La suie formée dans cette combustion est un des grands inconvénients de la méthode. On a souvent remplacé ces fumigations par de simples vaporisations d'essence de térébenthine, faites au bain-marie.

L'*alimentation* du diphtéritique offre diverses difficultés. Au début, par suite de l'angine assez douloureuse, n'espérez pas faire accepter d'aliments irritants. Le bouillon même peu salé, les aliments solides sont rejetés. Le lait est la grande ressource à cette période. Chez les enfants qui ne l'aiment pas, on insistera sur les laits de poule, les

crèmes demi-solides, les jaunes d'œufs battus, le chocolat, le racahout, la revalescière. Chez tous on tâchera de faire prendre un peu de café, de champagne, de bordeaux, de malaga coupé d'eau, du très vieux et très bon cognac dilué d'eau. La première douleur passée, les consommés, les jus de viande, les potages épais, les œufs battus dans du bouillon seront acceptés. Il est bon de répartir ces aliments en six petits repas pris à heures régulières. On évitera les examens, les cautérisations de la gorge pendant l'heure qui suivra les repas. Beaucoup de diphtéritiques perdent l'appétit en raison des repas incessants qu'on veut leur faire faire. D'autres le perdent parce qu'on leur donne un peu trop d'aliments.

Un peu plus tard les difficultés viennent souvent de la paralysie diphtéritique. Rien alors de plus capricieux que la gêne de la déglutition; tantôt ce seront les aliments solides, tantôt les aliments en purée, tantôt les aliments liquides qui seront acceptés. Les aliments devront être, suivant les cas, froids, tièdes ou très chauds. On n'hésiterait pas au besoin à employer la sonde. Le mieux est une sonde de Nélaton n° 22, passée par l'une des narines.

Chez les enfants trachéotomisés, on se heurte parfois à une inappétence singulière, un refus de parti pris de toute alimentation? Trousseau allait jusqu'à battre ces enfants pour les faire manger. On tâchera de trouver des préparations culinaires, crèmes, café, chocolat, lait sucré aromatisé au kirsch, à la fleur d'oranger, à la vanille qu'ils

veuillent accepter. Au besoin, la sonde constituera le dernier argument.

La façon dont le malade s'alimente constitue peut-être l'élément pronostique le plus important de la diphtérie. Tant que l'enfant mange il a chance de guérir, quelles que soient les complications. Un enfant qui cesse de manger, même sans aggravation apparente, est toujours en danger des plus sérieux.

Parmi les *complications* de la diphtérie, la plus embarrassante au point de vue du traitement de l'état général est la néphrite diphtéritique. Sans doute certains points sont faciles à résoudre ; l'existence et même la simple possibilité de la néphrite doivent imposer une grande réserve dans l'emploi des médicaments toxiques. En cas d'albuminurie les vaporisations phéniquées doivent toujours être très surveillées ; la quantité d'acide phénique sera, on l'a vu, diminuée. Les vésicatoires, si néfastes dans la diphtérie au point de vue des dangers de la diphtérie cutanée, ne le sont pas moins au point de vue des dangers de la néphrite. Mais une question beaucoup plus embarrassante est la suivante. Faut-il, malgré l'albumine et au risque d'irriter le rein, continuer les toniques, l'alcool, le vin, le café? Faut-il se borner au lait? Au début et pendant le cours de la maladie, quand il s'agit avant tout de soutenir l'état général, on donnera largement les toniques malgré l'albumine, on les donnera de même chez les enfants trachéotomisés, jusqu'à l'ablation de la canule. Mais dans

la convalescence, quand la néphrite est devenue l'élément prédominant, on devrait, surtout s'il existe de l'anasarque, revenir au régime lacté.

Traitement de l'angine diphtéritique. — Ce traitement est le point le plus obscur du traitement de la diphtérie. Les uns rejettent le traitement local, les cautérisations, les irrigations, en raison de l'hémorrhagie, des ulcérations qu'elles produisent, de l'épuisement qu'elles entraînent. Tout le monde, écrit Renou, a sous les yeux ce spectacle d'un enfant se débattant en désespéré contre deux ou trois aides solides qui le maintiennent et d'un médecin à genoux devant lui après les premières difficultés vaincues par l'abat-langue, dirigeant comme il peut au fond de cette bouche qui hurle et lui crache au visage, sur une fausse membrane noyée dans les mucosités, un caustique qui n'a de valeur qu'autant qu'il est plus profondément destructeur, partant plus douloureux. Et cette scène recommence plusieurs fois le jour, plusieurs fois la nuit... On dépense contre le remède les forces de l'enfant qui devraient former contre le mal une si précieuse réserve. Toute cautérisation, toute action destructive de la fausse membrane doit être aussi énergiquement proscrite de la diphtérie qu'elle a été énergiquement pratiquée. Les vaporisations phéniquées, les gargarismes, les lavages, les badigeonnages, si l'enfant s'y prête, doivent suffire au traitement local de l'angine. Si l'enfant est indocile et lutte

on évitera même les examens trop fréquents de la gorge.

A cette opinion s'oppose nettement l'opinion défendue avec talent par Gaucher et Ruault. Pour eux la destruction de la fausse membrane est le point capital du traitement. La lutte qu'elle amène est secondaire en comparaison du résultat obtenu. Pour être efficace d'ailleurs, ce traitement doit être conduit avec douceur et attention; les cautérisations aveugles, les raclages de la gorge sont certainement plus nuisibles qu'utiles. Voici la technique adoptée par Gaucher.

L'ablation des fausses membranes se fait très bien avec de petits tampons de ouate bien enroulés autour d'une pince hémostatique. Les pinceaux de molleton sont meilleurs encore. Pour maintenir les enfants indociles, on les roulera dans une grande couverture, et on les fera maintenir par un aide vigoureux. On tâchera en déprimant la langue avec l'abaisse-langue de faire saigner le moins possible.

La gorge bien débarrassée des fausses membranes superficielles, il sera parfois nécessaire de faire au moyen de porte-ouate minces et légèrement recourbés une toilette spéciale des cryptes amygdaliennes (Ruault).

Cette toilette faite, M. Gaucher touche les divers points dénudés avec des écouvillons de coton hydrophile bien fixé à une tige de bois et trempé dans la solution suivante :

Camphre	20	gr.
Phénol absolu	5	»
Acide tartrique	1	»
Huile de ricin	15	»
Alcool à 90°	10	»

Cet attouchement est douloureux ; on aura soin d'exprimer suffisamment le coton pour que le liquide ne puisse tomber en gouttes dans la gorge. Dix minutes après l'attouchement on fait une irrigation de la gorge à forte pression. Pour que la pression soit suffisante, il faut : 1° un réservoir élevé de 2 mètres 50 environ, un tube d'écoulement de 3 millimètres à peine d'orifice. Sinon le liquide est souvent dégluti. On fera passer un à deux litres d'eau phéniquée tiède au 200e. Chez les enfants un peu âgés on peut même, si les urines ne noircissent pas, employer l'eau phéniquée à un pour cent.

Ablation des fausses membranes, cautérisation, irrigation seront faites, toutes les quatre heures pendant le jour, plus même en cas de reproduction rapide des membranes. Elles seront faites, pour permettre un peu de sommeil, une seule fois dans la nuit.

Ruault préfère le traitement suivant, moins douloureux : 1° ablation des fausses membranes ; 2° nettoyage de la cavité bucco-pharyngée avec les irrigations antiseptiques ; 3° attouchement avec le phénol sulforiciné à 20 pour cent chez l'enfant, 30 pour cent chez l'adulte. Ce liquide détermine seulement un peu de chaleur et de cuisson, il adhère

très bien à la gorge ; il est très antiseptique et offre des dangers d'intoxication très minimes. Les applications dans les cas graves ont pu être faites toutes les heures. On formulera :

Acide sulforicinique.....	50 gr.
Phénol absolu.....	10 »

Entre ces deux opinions extrêmes, laquelle adopter ? En règle générale l'ablation des fausses membranes, le nettoyage avec les solutions antiseptiques, les attouchements avec le phénol sulforiciné, constituent le traitement de choix. Ce traitement pourra néanmoins être impossible, en raison de la furieuse indocilité de l'enfant, ou de l'éloignement du médecin. C'est en pareil cas qu'il faut se contenter des vaporisations phéniquées, en y joignant si l'on peut les lavages.

Chez les enfants les plus indociles, il est un procédé de lavage qui rendra de grands services ; c'est le lavage par le nez. En se servant d'un embout nasal introduit dans l'une des narines, bien horizontalement et non verticalement, on arrive à nettoyer sans déglutition de travers, sans lutte, une bonne partie du pharynx. Le liquide ressort bien par la narine opposée. La *nature* de la diphtérie entrera également en ligne de compte. Dans les diphtéries gangréneuses, les angines internes où la fausse membrane est si étendue, si putride, qu'elle constitue un élément d'infection, de gêne de la déglutition et de la respiration, Renou lui-même reconnaît la nécessité du traitement local.

La gêne de la *déglutition* et de la *respiration* qui peut résulter de l'accumulation des fausses membranes vient d'être signalée. Elle constitue un élément important des diphtéries malignes de l'adulte. En pareil cas il y a indication immédiate du nettoyage mécanique de la gorge. Parfois même l'ablation de la luette infiltrée, quadruplée de volume, fournira un grand soulagement.

Dans ces derniers mois un nouveau produit, le stérésol, vernis antiseptique adhérent à la surface des muqueuses, a été proposé par M. le professeur Berlioz, de Grenoble, dans le traitement de l'angine diphtéritique. Ce vernis est appliqué au pinceau deux ou trois fois par jour, après un très léger raclage au coton hydrophile pour détacher les fausses membranes, en ayant bien soin de ne pas faire saigner la muqueuse et après un lavage phéniqué à 1 0/0. Les premiers résultats obtenus dans le service de M. Legroux ont paru très satisfaisants. (*A suivre.*)

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

REVUE PRATIQUE
D'OBSTÉTRIQUE
ET DE PÆDIATRIE

Octobre 1893

SOMMAIRE :

Pronostic et traitement de la présentation de la face, par M. H. VARNIER 289
Traitement de la diphtérie, par A. PLICQUE 308

PRONOSTIC ET TRAITEMENT DE LA PRÉSENTATION DE LA FACE

La question du pronostic et du traitement de la présentation de la face a été, comme beaucoup d'autres, obscurcie par les représentants de ce qu'on pourrait appeler l'obstétrique de cabinet ou de raisonnement.

Dès le XVIe siècle, Louise Bourgeois, un des premiers représentants de l'école d'observation, disait à ce propos : « Quand la face se présente... il faut rechercher tous les moyens, *sans y toucher*, de hâter l'accouchement, car pour peu qu'il demeure en cet estat, il vient si contrefait et monstrueux de visage, qu'il semble qu'il soit tout meurtry. »

Au XVIIe siècle, la doctrine de l'abstention, ébauchée par la sage-femme de Marie de Médicis, s'affirme avec Paul Portal, maître chirurgien juré qui, dans son ouvrage « la Pratique des accouchemens, soutenue d'un grand

nombre d'observations » consacre tout un chapitre, le 3e, à « ce qu'il faut faire, quand l'enfant présente la face la première ».

« Il y a, dit-il, une sorte d'accouchement qui *ne s'éloigne pas beaucoup du naturel*, quoy qu'il soit un des plus délicats et des plus contre-nature, c'est lorsque l'enfant présente la face la première.

« Si on ne considère bien ce qu'on fait, il peut arriver de grands accidens, et plus qu'en aucun autre d'iceux dont je parleray ci-après, parce qu'en voulant introduire le doigt, pour aider la femme qui est en travail, on se met au hasard de crever un œil à l'enfant.

« Pour éviter cela, il faut y apporter une grande précaution, et examiner doucement avec le doigt si on sent la bouche, le nez, les yeux, le front et le menton de l'enfant. Et ayant observé et reconnu que c'est la face, il faut se donner patience, et ne porter la main aux parties de la femme que pour y mettre du beurre, afin qu'il aide à adoucir et relascher les parties, et donner de la facilité pour la sortie de l'enfant, d'autant que par ce moyen elles deviennent plus souples et plus capables de laisser glisser la face de l'enfant. Il faut que celuy ou celle qui opère ait toujours la prudence de ne rien irriter avec ses doigts; autrement il causeroit mille fois plus de mal à la femme et à l'enfant, que l'accouchement ne pourroit leur en faire, *n'y ayant pas plus de mystère en celuy-là qu'au naturel.*

« Tout ce qui peut arriver à l'enfant, c'est de souffrir, et d'avoir la face noire et tuméfiée, à cause qu'elle a souffert

de grandes violences à sa sortie, *n'arrivant jamais d'autres accidens à l'égard du travail.*

« J'ai accouché plusieurs femmes, dont les enfans venoient la face de travers et cependant *toujours heureusement* : d'où il s'ensuit que quand le visage se présente le premier, *il ne faut rien violenter* parce qu'il n'en arrive jamais rien de fascheux ny à la mère ny à l'enfant, ainsi que nous avons déjà dit. »

Où Portal avait-il puisé ces notions sur la présentation de la face? A l'ancien Hôtel-Dieu de Paris où il étudia de 1650 à 1663, les six dernières années comme premier compagnon chirurgien gagnant maîtrise. De tous les accoucheurs du temps, il est le seul qui ait fait un stage sérieux à l'Office des accouchées, le seul par conséquent qui ait pu observer un nombre relativement grand de présentations de la face. J'insiste sur ce point, on verra tout à l'heure pourquoi.

A la même époque à peu près, Mauriceau qui, d'après un certificat curieux de J. Petit, chirurgien ordinaire de l'Hôtel-Dieu, « n'avait demeuré que peu de temps audit Hôtel-Dieu, et n'y avait accouché tout au plus que 4 ou 5 femmes », écrit dans le premier grand Traité dogmatique d'accouchements paru en France que, « en cette posture, il est très difficile que l'enfant vienne.

« Pour se bien gouverner en cet accouchement, on y procédera de la même manière que quand l'enfant présente la tête par le côté; laquelle on redressera avec les mains, comme nous avons dit cy-dessus, observant tou-

jours de le faire le plus doucement qu'il sera possible, pour éviter de trop meurtrir la tête de l'enfant. Mais si cette teste ne se pouvait bien réduire, pour lors il faudra se servir du dernier remède pour sauver la vie de l'enfant, qui est de le retourner entièrement, en luy allant chercher les pieds pour le tirer dans ce mesme moment. » (Voy. Obs. CXVII, CCCLIX.)

Même note dans Delamotte, contemporain de Mauriceau et de Portal (p. 211) : « Les femmes qui tombent dans ce malheur sont toutes malades violemment et sans relâche... cette situation de l'enfant me paraît une des plus fâcheuses en laquelle il se puisse présenter lors particulièrement qu'il est si avancé qu'il ne peut être retourné.

« Quand les enfants présentent la tête ou le cul, ces parties, quoique grosses, rondes, dures et solides en apparence, se tendent néanmoins et s'allongent dans la suite du travail pour se conformer au passage, et l'accouchement finit avec succès; mais en cette situation (la face) plus l'accouchement est long, plus la tête se grossit par la bouffissure qui y arrive, et plus il devient difficile.

« C'est même ce que je ne comprends pas, qu'une femme puisse accoucher quand l'enfant vient de la sorte, *quoiqu'il me soit arrivé plusieurs fois*, comme je l'ai dit, sans qu'il m'en soit encore péri aucun ; ce que j'ai trouvé fort différent, quand l'enfant n'est que peu avancé, et la mère avec peu ou point de douleurs ; car alors je n'ai eu qu'à introduire ma main et aller chercher les pieds. »

Cette prévention est telle que Smellie, lui-même, précur-

seur sur tant d'autres points, considère la présentation de la face comme *une des plus mauvaises* postures après celle de l'épaule.

« Lorsque l'enfant présente le front, la face ou une oreille et que la main ne suffit pas pour lui faire prendre une meilleure posture, ou que la tête n'est pas descendue assez près de l'orifice externe pour qu'on puisse la délivrer avec les forceps (sur le mode d'application desquels il donne du premier jet des conseils d'une précision merveilleuse), *il faut la retourner et délivrer l'enfant par les pieds*; mais si l'on ne peut pas non plus en venir à bout et que la femme paraisse en trop grand danger, il faut avoir recours au crochet (tome I, p. 371). »

Avec Smellie s'ouvre le chapitre des mento-postérieures pour la terminaison artificielle desquelles il déploie toutes les ressources instrumentales du temps. En aucun point il ne semble que l'accouchement par la face puisse se terminer seul.

Avec la seconde moitié du XVIIIe siècle l'anathème va crescendo et Baudelocque écrira en 1781 :

« Les accouchements où la face se présente doivent passer pour contre nature, indépendamment des accidents qui peuvent rendre tels ceux où l'enfant est situé de la manière la plus avantageuse : car pour qu'ils se fassent seuls, selon le langage vulgaire, il faut que la tête soit très petite, ou le bassin de la mère très large; autrement, ou sans ces conditions, ils deviennent fort longs et difficiles; les enfants naissent avec la face tuméfiée, livide,

presque toujours privés de la vie, ou au moment de la perdre, à cause de l'engorgement du cerveau.

« Les obstacles qui nuisent le plus souvent à la naissance des enfants qui offrent la face, les difficultés que la femme peut éprouver à s'en délivrer seule, même dans les circonstances qui paraissent les plus favorables, le danger qui les menace alors, semblent inviter, *dans tous les cas*, à leur donner quelques secours.

« L'indication la plus générale consiste à redresser la tête de l'enfant, c'est-à-dire à faire remonter la face et descendre l'occiput, pour rappeler le sommet à sa situation ordinaire. Quand on ne peut seconder aussi heureusement les efforts de la nature, soit parce qu'on est appelé trop tard, ou que des circonstances accidentelles présentent l'indication d'opérer l'accouchement sur le champ, on est obligé de retourner l'enfant et de l'amener par les pieds, ou d'extraire la tête avec des instruments lorsqu'elle se trouve profondément engagée et serrée dans le bassin. »

Suivent six pages de manuel opératoire.

A la fin du XVIIIe siècle, voici que subitement la thèse change.

Aux praticiens qui, jusque-là exclus des salles réservées aux accouchées dans les Hôtel-Dieu, ont écrit d'inspiration sur la présentation de la face (dont, vu sa grande rareté, ils n'avaient pu voir que peu d'exemples le plus souvent adultérés par la pratique des sages-femmes), les directeurs des Maternités qui s'organisent enfin vont opposer les résultats d'une pratique hospitalière bien plus

étendue, des observations recueillies dans des conditions beaucoup plus favorables.

C'est de Vienne que partit le signal, et il devait en être ainsi.

En effet, tandis que le seul service d'accouchements de Paris celui de l'Hôtel-Dieu, était encore rigoureusement fermé, Van Swieten, reconnaissant la nécessité d'un enseignement obstétrical pratique, obtenait de Marie-Thérèse l'affectation à cet enseignement d'une portion de l'hôpital Saint-Marc depuis longtemps destiné aux accouchements.

Puis bientôt, en 1784, quand l'Hôpital général fut achevé, une aile de cet édifice fut affectée au service d'accouchements et destinée à l'enseignement. Le premier titulaire en fut Simon Zeller.

Et voyez, du premier coup, l'influence des Maternités ouvertes : Zeller, qui en 1781 avait écrit un livre intitulé *Principes d'accouchemens*, dut bientôt « le modifier tellement par suite de sa nouvelle situation, qu'on ne le reconnaît plus dans les éditions postérieures (Siebold) ».

Dès 1789, Zeller formule sur les présentations de la face, si redoutées jusqu'alors, des préceptes révolutionnaires, disant « que ce qu'il y avait de mieux à faire dans les présentations de la face, était de les abandonner complètement à la nature ». Et s'abstenant de ratiociner, il en appelle à l'observation : de 1785 à 1787, il y a eu, dans son établissement, 43 *présentations de la face qui ont été abandonnées à la nature et qui toutes se sont terminées heureusement.*

En 1803, il donne un relevé de 89 présentations de la face terminées spontanément, sans préjudice pour la mère ou pour l'enfant.

Ce n'est que six ans après les premières observations de Zeller que L.-J. Bœr publie à son tour, en rentrant à Vienne (après un voyage scientifique au cours duquel il s'était, en 1786, et sur l'ordre de Marie-Antoinette, vu ouvrir non pas la Maternité comme le dit Siebold, mais l'Office des accouchées de l'ancien Hôtel-Dieu de Paris alors dirigé par Mme Dugés, la mère de Mme Lachapelle), son mémoire resté célèbre sur la présentation de la face (*Von Gesichts Geburten*, 3e livre, 1792).

Bœr montre les accoucheurs de son temps hallucinés par les difficultés de la présentation de la face, au point qu'à les en croire, cette présentation est non seulement dangereuse pour la femme et ne se peut terminer sans le secours de l'art, mais que même si parfois elle peut aboutir spontanément, ce ne saurait être qu'au détriment de l'enfant.

« Sur aucun chapitre d'obstétrique dit-il, n'existe entre les accoucheurs un accord aussi parfait : jamais quand la face se présente il ne faudrait laisser agir la nature. En pareil cas, que le front soit tourné vers le pubis, et le menton vers le sacrum ou inversement, il faudrait tenter avec la main ou le levier d'amener le vertex au pubis et, en cas d'échec, pour éviter des malheurs à la mère et à l'enfant, faire illico la version.

« Presque jamais ou jamais, d'après ces autorités, il ne convient de laisser la nature agir quand le visage est

tourné de telle sorte que le front correspond à un des iles et le menton à l'autre; ces sortes d'accouchements, à moins que le fœtus ne soit avant terme et de petit volume, ne sauraient se terminer naturellement; il s'y trouve un obstacle insurmontable du fait des épaules dont l'une bute sur le pubis et l'autre sur le promontoire.

« Or avant tout il faut savoir *qu'il est rare que l'accouchement par la face ne puisse pas se terminer seul.*

« En voici le mécanisme : la tête du fœtus se comporte de telle sorte que peu à peu le front se tourne vers la concavité du sacrum. Et lorsque la face approche de la sortie, le menton sort sous le pubis en même temps que le front, avec le vertex, fait saillir le périnée. Voilà le commencement, la marche et la fin de tout accouchement par la face.

« C'est une fable que l'arrêt du sang par compression des veines jugulaires tue le fœtus en cette sorte d'accouchement. L'expérience ruine cette doctrine subtile. Aux fœtus qui descendent ainsi, si le passage n'est pas assez rapide, une tumeur élastique et livide se forme sur le visage, comme habituellement sur le vertex ou les fesses, chez ceux qui par ces régions se dirigent vers la lumière. Tout cela disparaît rapidement ainsi que la déformation produite par la compression du menton vers le vertex.

« Parmi 80 accouchements par la face observés par moi et d'autres à l'hôpital et en ville, dans le but d'étudier cette question, trois enfants seulement naquirent morts, *c'est-à-dire autant qu'il en serait mort avec une présentation du sommet.*

« Et je ne me souviens pas qu'aucune femme ait souffert un dommage quelconque; cependant tous ces accouchements, *sauf un*, avaient été abandonnés à la nature, laissant volontairement de côté toute tentative de réduction ou de version. Une seule fois, à cause d'inertie utérine et *de convulsions*, je me suis servi du forceps et cela avec facilité et succès pour la mère et l'enfant. »

En 1821, Mme Lachapelle donne à son tour les résultats de sa longue pratique à la Maternité de Paris :

« C'est par le plus faux des calculs, c'est d'après la théorie la plus erronée qu'un si grand nombre d'accoucheurs anciens et modernes ont pris comme en horreur les positions de la face.

« 1° *Pronostic relativement à la mère.* — Il doit se baser surtout sur la facilité ou sur la difficulté de l'accouchement spontané.

« La face présentée la première retarde-t-elle l'accouchement? Oui, suivant bien des gens. Comment le retarde-t-elle? En offrant les plus grands diamètres de la tête à ceux du bassin, répondent encore les mêmes personnes. C'est là que gît l'erreur, c'est de là que part cette prévention mal fondée. L'*étonnante* facilité avec laquelle Baudelocque a vu quelquefois s'opérer cet accouchement ne lui a point ouvert les yeux, il s'en émerveillait et croyait la chose inexplicable.

« M. Gardien se laisse entraîner au préjugé général. Il va jusqu'à s'étonner que l'on ait pu croire les accouche-

ments où l'enfant présente *le front* plus fâcheux que ceux où il présente la face. »

Nous reviendrons plus loin sur cette distinction qui s'impose en effet et que Mme Lachapelle est la première à avoir formulée avec netteté et soutenue d'arguments probants ; nous en tenant pour le moment à la question pronostic, laissant de côté la démonstration mécanique qui suit, nous ne retiendrons que ceci, touchant le pronostic de l'accouchement par la face pour les mères :

« Somme totale, j'affirme que de deux sujets d'égale force et offrant la même liberté des passages, enfin dans des circonstances semblables, celui dont l'enfant offrira la face accouchera *au moins* aussi facilement que celui dont l'enfant offrira le vertex. Il faut bien qu'il en soit ainsi *puisque la plupart des accouchements spontanés par la face dont j'ai été témoin étaient des premiers accouchements*. Dans mon tableau, vous trouverez, sur nos 72 positions de la face, 41 accouchements spontanés, le reste a été terminé par l'art. »

Jusque-là, on le voit, Mme Lachapelle est d'accord ou à peu près avec l'école de Vienne, avec Zeller et Bœr dont elle paraît ignorer les travaux.

Mais elle aussi s'est, comme Gardien, laissé entraîner au préjugé général ; elle continue à croire aux dangers que doit courir le fœtus dans cette posture. Aussi attend-elle moins de la nature, et son pronostic pour l'enfant va s'en ressentir.

« Encore, ajoute-t-elle en effet, cette grande proportion

des accouchements artificiels (31 contre 41 spontanés) tient-elle, non pas aux difficultés du travail ni aux dangers de la mère, mais bien à ceux de l'enfant : c'est ce qui va nous occuper.

« *Pronostic relativement à l'enfant.* — On ne peut nier que l'attitude du fœtus quand il présente directement la face ne soit très dangereuse à une certaine époque du travail, *si elle dure* pendant un temps trop long. L'apoplexie, ou au moins la pléthore cérébrale, et la disposition aux convulsions en sont trop souvent le funeste résultat. Je n'ai pas vu que ces enfants restassent plus sujets à l'ophtalmie, quoiqu'ils eussent quelquefois la conjonctive ecchymosée. Le tiraillement du prolongement rachidien du cerveau peut-il aussi entrer comme cause de sollicitude dans le pronostic? J'en doute fortement : *néanmoins la crainte des autres accidents a nécessairement beaucoup d'influence dans l'étude des indications* : tel cas qu'on abandonnerait à la nature si l'on n'avait égard qu'à la mère, *requiert l'emploi de la main ou des instruments parce que l'enfant est dans une situation pénible et dangereuse.* Remarquez que ce n'est pas l'attitude même qui est dangereuse, c'est *la compression du col et de ses vaisseaux.*

« En général, on ne court presque absolument aucun risque tant que les membranes ne sont pas rompues et que la tête est haute. Dès que les membranes se rompent, le col, qui est étendu et saillant, se trouve comprimé par l'utérus ou bien appuyé sur les parois du bassin : de là, la congestion et la tuméfaction. Jusque-là la face ne s'était

point tuméfiée; ce n'est qu'alors qu'elle se gonfle : *donc ce n'est pas l'attitude, mais la compression* qui produit la stase sanguine et la pléthore cérébrale.

« En résumé, toutes les fois qu'une femme robuste et bien faite présentera un orifice bien ouvert, un travail récent et soutenu (et que la face se présente bien; le menton en arrière est moins avantageux à cause de la grande rotation nécessaire), *on devra espérer et attendre* (surtout si elle a eu d'autres enfants) la terminaison spontanée d'un accouchement par la face, on devra l'attendre et la favoriser. Mais il faudra agir d'une manière plus énergique toutes les fois que les membranes rompues et les douleurs suspendues pendant plusieurs heures exposeront l'enfant à une trop longue souffrance. »

Conclusion : sur 72 accouchements par la face, 31 interventions.

Nous voilà loin de Zeller et de Bœr, loin aussi comme résultats.

Tandis qu'en effet sur 41 accouchements spontanés, 38 ont amené des enfants vivants et 3 seulement mort-nés (encore étaient-ils putréfiés) (1), 4 terminés par forceps (dont 1 pour convulsions, les autres pour lenteur) n'ont donné que 3 enfants vivants ; 20 accouchements terminés par version ont donné 17 vivants et 3 morts. Soit 4 morts sur 24. (Les 7 autres ne comptent pas, il y a eu réduction manuelle.)

Total : sur 62 accouchements par la face (abstraction faite des 3 enfants putréfiés), 4 morts : 6 ou p. 100.

(1) Putréfiés est ici synonyme de *macérés*.

Nous possédons de Madame Lachapelle une seconde statistique : du 1er janvier 1812 au 31 décembre 1820. 103 accouchements par la face, dont 88 spontanés et 15 artificiels, donnent : 84 enfants vivants, 13 faibles, 1 avorton, 5 morts (1). Les 88 accouchements spontanés se soldent par 78 enfants vivants, 6 faibles, 3 morts, 1 avorton.

5 forceps (inertie de l'utérus, position frontale), donnent 1 enfant vivant, 3 faibles, 1 mort ;

7 versions (inertie), 4 vivants, 3 faibles ;

2 réductions manuelles en position franche de la face, 1 vivant, 1 faible ; 1 crâniotomie et forceps.

Vous croyez qu'après Mme Lachapelle la question est jugée ? Non pas. En 1856, Cazeaux répétera encore :

« L'accouchement par la face a été pendant longtemps, et est encore aujourd'hui pour quelques personnes, considéré comme ne pouvant avoir lieu. Ce n'est guère que depuis les travaux de Bœr, de Chevreul, de Mme Lachapelle qu'il est admis que l'expulsion du fœtus est presque aussi souvent spontanée dans les positions de la face que dans les positions du sommet. *Il faut le dire toutefois, le travail est en général plus long, plus pénible et plus fâcheux pour la mère et pour le fœtus.* Il exige beaucoup plus souvent l'intervention de l'art. Les réflexions que nous avons présentées font pressentir que *les positions mento-postérieures sont plus fâcheuses que les autres.*

Et plus près de nous, en 1882, voici ce qu'écrivaient

(1) Remarquez que pour cette seconde série qui comprend beaucoup moins d'interventions que la précédente, la mortalité infantile n'est plus que de 6 p. 100.

Tarnier et Chantreuil : « C'est surtout aux travaux de Bœr et de Mme Lachapelle qu'on doit de voir aujourd'hui cette opinion de la possibilité de l'accouchement spontané universellement adoptée : la célèbre sage-femme a même sur ce point dépassé les bornes de la vérité, en avançant que la présentation de la face était au moins aussi favorable que celle du sommet.

« *Pronostic relatif à la mère.*— Le pronostic pour la mère est moins favorable dans la présentation de la face que dans celle du sommet, parce que le travail est généralement plus long et que l'intervention de l'art y est plus fréquemment nécessaire.

« Mais c'est surtout dans les cas de positions mento-postérieures non réduites que le pronostic s'aggrave, car des applications réitérées de forceps faites dans le but de ramener le menton en avant, sont souvent infructueuses. Il ne reste alors, commed ernière ressource, que de faire la crâniotomie et la céphalotripsie.

« *Pronostic relatif au fœtus.* — D'après Schrœder, la mortalité des enfants serait 2 fois 1/2 plus grande dans la présentation de la face que dans la présentation du sommet. En dehors des cas extrêmes que nous venons de signaler plus haut, où l'on est obligé de mutiler le fœtus, celui-ci, même lorsque son expulsion a lieu spontanément, succombe quelquefois pendant le travail.

« On peut attribuer sa mort à 3 causes : 1° à la compression de la tête ; 2° à la compression du cordon ; 3° à la compression des vaisseaux du cou.

« 1° Les déformations du crâne attestent l'existence d'une compression pouvant devenir funeste au fœtus pendant le travail.

« 2° Le cordon peut être comprimé dans les présentations de la face, soit parce qu'il fait procidence, soit parce qu'il est enroulé autour du cou et pressé entre celui-ci et l'occiput. Hugenberger a constaté que la procidence du cordon et des petites extrémités se rencontrait 6,3 p. 100 dans les présentations de la face, tandis qu'on ne la trouvait que 1,8 p. 100 dans le sommet. Winckel prétend en outre que la brièveté du cordon, qu'elle soit *absolue* ou produite par des circulaires, favorise la conversion de la présentation du sommet en présentation de la face. De ces faits, il résulte qu'il n'est pas rare de voir coïncider cette présentation avec une disposition du cordon qui expose celui-ci à la compression et le fœtus à l'asphyxie ; aussi l'on trouve parfois les lésions suivantes à l'autopsie des fœtus qui se sont présentés par la face : ecchymoses disséminées à la surface des plèvres et du péricarde (Ackermann) ; thymus couvert de taches ecchymotiques (Birnbaum) ; gonflement de la glande thyroïde (Jungmann, Hecker, Breisky).

« 3° La compression des vaisseaux du cou a été attribuée elle-même à trois causes : 1° à la tension des muscles de la région cervicale antérieure, lorsque la tête se trouve maintenue pendant longtemps dans un état de déflexion forcée ; 2° à la rigidité plus ou moins prononcée des bords de l'orifice utérin ; 3° au rapport anormalement prolongé de la région antérieure du cou avec la paroi postérieure.

de la symphyse pubienne, particulièrement à la fin de la période d'expulsion : la compression des vaisseaux du cou donne lieu plus particulièrement à l'hyperhémie et même à l'hémorrhagie cérébrale. Ce dernier accident, certainement moins fréquent que l'hyperhémie, a été cependant noté par E. Martin, Siebold, Michaëlis, Haggeney et d'autres accoucheurs. »

Ainsi qu'on peut en juger par les citations qui précèdent, le pronostic serait redevenu très sombre dans la présentation de la face.

Et pourtant ce n'est pas l'impression qu'on retire de la pratique hospitalière cependant surchargée par les cas mal traités au dehors et amenés ensuite dans les Maternités. L'impression que nous avons retirée de l'étude des présentations de la face observées en 10 ans dans le service de M. Pinard, est toute contraire à celle que donne la lecture des classiques ; elle confirme les idées de Zeller et de Bœr plus encore que celles de Mme Lachapelle, ainsi que vous allez pouvoir en juger.

Il faut ici faire, avec Mme Lachapelle, une distinction capitale. Ce qu'elle dit du pronostic de la présentation de la face ne doit s'appliquer, comme ce que nous allons en dire nous-même, qu'à la présentation de la face *franche*, dans les cas où le bassin est bien conformé.

« Il n'en serait pas de même, à beaucoup près, a-t-elle pris soin de dire, de celui dont l'enfant offrirait *le front* sans tendance à réduction faciale ou syncipitale. Pour que l'accouchement se termine seul en pareil cas, c'est alors seulement qu'il faut une tête petite et un bassin large : encore

n'est-il que très rare de voir pareil accouchement se terminer seul, à moins que la face ne vienne à se présenter pleinement ou que l'on ne ramène le vertex au centre du bassin... Quoique j'aie vu quelquefois la tête descendre, le front au centre, cependant, en général, toute position inclinée qui ne paraîtra pas disposée à se réduire à une position franche, sera une indication d'agir. C'est alors moins sur la position même que sur les circonstances environnantes qu'on établira les indications. »

Cette réserve faite, et on en verra plus nettement la nécessité quand nous ferons l'étude de la variété frontale, voici ce que nous apprend la clinique.

J'ai relevé ou fait relever par le Dr Gravier pour sa thèse inaugurale tous les cas de présentations de la face observés dans le service de Lariboisière ou à la Clinique Baudelocque de 1883 à 1893, sur un total de 23,000 accouchements.

Pendant ces dix années il y eut 83 présentations de la face (soit 1 pour 277 accouchements, moyenne qui ne diffère pas sensiblement de la moyenne donnée par les classiques).

Sur ces 83 présentations de la face, nous n'en retiendrons pour l'étude actuelle que 59. Nous ne parlons en effet pour l'instant que de la présentation franche de la face. Dans les 24 autres cas il y a 9 variétés frontales persistantes qui sont à mettre à part pour les raisons que nous avons dites, et 15 cas qui, ayant été soit spontanément, soit par manœuvres manuelles, transformés en présentation du sommet ne sauraient entrer en ligne de compte.

Des 59 cas de présentation franche nous retrancherons

encore 2 cas dans lesquels l'enfant était mort à l'arrivée à la Maternité par suite de manœuvres intempestives faites en ville. On a fait la basiotripsie. Nous y reviendrons plus loin.

Reste donc 57 cas.

De ces 57 cas, 52 se sont terminés spontanément; 5 fois seulement on a jugé utile une application de forceps (1).

Toutes les mères ont guéri. 52 enfants sont nés vivants et bien vivants; un, également vivant à la naissance, est mort de convulsions 7 *jours après;* un autre, en état de mort apparente n'a pu être ranimé. Ce sont les seuls décès imputables à la présentation de la face. Car des 3 autres enfants morts l'un était macéré; un autre, syphilitique pesant 3,100 gr., ayant de l'ascite et du pemphigus généralisé, est mort le lendemain; un autre enfin qui pesait 1,410 gr. à la naissance fut mis en couveuse et mourut 7 jours après.

C'est donc en définitive 2 cas de mort sur 57 du fait de la présentation de la face, soit une mortalité de 3,5 p. 100. Il n'y a pas là une différence notable avec le nombre des morts qu'accusent les statistiques portant sur les présentations du sommet, si l'on considère pour ces dernières toutes les positions et variétés de positions, ainsi que nous le faisons pour la présentation de la face (2).

(*A suivre.*) H. VARNIER.

(1) Je ferai remarquer que ces applications de forceps ont toutes été pratiquées soit un peu avant midi, soit un peu avant minuit. Ceux qui ont vécu dans une maternité me comprendront à demi-mot.

(2) Bataillard, dans sa thèse sur les variétés postérieures du sommet, arrive aux chiffres suivants : Occipito-postérieures et transversales réunies, 4 0/0; occipito-antérieures seules, 3,94 0/0.

TRAITEMENT DE LA DIPHTÉRIE

Par le Dr A. Plieque, ancien interne des hôpitaux.

Traitement du croup. — Un axiome doit dominer le traitement du croup. La trachéotomie ne doit être faite que dans les cas absolument désespérés, à la période ultime de l'asphyxie. C'est en effet une terrible opération, grave sur le moment, même entre les mains les plus exercées, graves par ses suites immédiates et nécessitant des soins consécutifs absolument délicats et minutieux, grave enfin par ses suites éloignées. M. J. Simon a bien montré le rôle que jouait pour l'avenir de l'enfant et son développement ultérieur la cicatrice trachéale. On sait combien il est rare de voir des trachéotomisés guéris dans l'enfance parvenir jusqu'à l'âge adulte.

La trachéotomie n'est donc qu'une ressource suprême. C'est une lourde faute que de la faire, comme un grand nombre de chirurgiens allemands, au premier accès de tirage. En multipliant ces opérations inutiles, on obtient de belles statistiques, mais le résultat eût été plus beau encore si l'on avait laissé la plupart des cas opérés guérir spontanément.

Le croup, et M. Cadet de Gassicourt l'a bien montré, peut en effet guérir spontanément, ces guérisons spontanées ont été observées aux limites extrêmes de l'asphyxie définitive (Renou) chez des enfants ayant eu des accès de tirage supérieur et inférieur pendant douze jours et plus,

ayant présenté les extrémités violacées, les lèvres cyanosées, la pâleur asphyxique de la face, les sueurs profuses. Tantôt ces accidents se dissipent graduellement, tantôt ils cèdent brusquement à l'expulsion spontanée d'une fausse membrane. Et l'enfant qui a ainsi craché sa fausse membrane est dans des conditions singulièrement plus favorables que celui qui porte au cou la plaie ouverte de la trachéotomie.

Peut-on aider à ces guérisons spontanées ? Deux moyens méritent d'être essayés, les *vomitifs*, les *inhalations d'oxygène*.

On a fait dans la diphtérie l'abus le plus étrange des vomitifs, les donner au début de l'angine, au début même de la laryngite qui ne s'annonce encore que par une voix un peu éteinte, une toux un peu rauque, un soupçon de tirage, est une pratique absurde. On fatigue inutilement l'enfant. Les donner trop tard en pleine période d'asphyxie anesthésique, quand l'enfant n'a plus la réaction suffisante pour que l'effet vomitif se produise, est également inutile. Le vomitif ne doit être donné, en dépit des sollicitations de la famille, ni trop tôt ni trop tard. Mais au moment du premier accès de tirage franc, l'ipéca à doses assez élevées — 1 gr. 50 ipéca pour 40 grammes de sirop, — combiné avec des boissons chaudes abondantes, constitue le seul moyen que l'on ait de faire parfois avorter le croup en amenant l'expulsion de la fausse membrane diphtérique.

Les inhalations d'oxygène, trop négligées, constituent

un moyen qui n'est pas inefficace pour lutter contre l'asphyxie progressive. L'oxygène sera donné surtout entre les accès de tirage au moment des périodes d'accalmie, en s'attachant à ne pas effrayer, à ne pas surexciter l'enfant.

Mais souvent, malgré tous ces moyens, l'asphyxie progresse ; les lèvres sont cyanosées et le visage pâle, les yeux sans expression, l'enfant est indifférent, demi-mort, le pouls est rapide et faible. Le tirage même a diminué d'intensité. C'est la défaite, ce n'est plus la lutte furieuse des premiers accès. C'est à ce moment qu'il faut opérer.

En réalité pour ne faire l'opération ni trop tôt, ni trop tard, il faudrait que le médecin pût ne pas quitter l'enfant, se tenant tout prêt à intervenir à partir du premier accès. Il opérerait alors sans précipitation, sans surprise, se guidant sur la fréquence, l'intensité des accès, l'état pendant les périodes de rémission. Des accès même intenses, effrayants mais espacés, séparés par une rémission presque complète, indiquent moins immédiatement l'opération que le tirage modéré, avec asphyxie permanente et progressive. Dans cette forme spéciale, qui n'est pas rare chez les jeunes enfants, le spasme de la glotte joue souvent un rôle à côté de l'obstacle mécanique. Les différents moyens employés contre ce spasme, en particulier l'application de sinapismes à distance, d'éponges chaudes mais non brûlantes en avant du cou, peuvent rendre des services.

Malheureusement, malgré l'emploi de ces différents moyens, la trachéotomie finit le plus souvent par devenir inévitable, du fait de l'asphyxie.

L'intubation est une opération si délicate, si infidèle, si chanceuse en raison du danger continuel d'expulsion du tube, qu'elle ne saurait remplacer la trachéotomie.

Trachéotomie. — La trachéotomie a été bien souvent décrite. Il suffit de rappeler brièvement les préparatifs de l'opération, la technique opératoire, les soins immédiats, les soins consécutifs.

Préparatifs de l'opération. — Comme lit opératoire, une table un peu haute, recouverte d'un matelas, suffit. Le coussin pour le cou et les épaules devra être résistant. On le fera avec un livre roulé et ficelé dans un oreiller ordinaire. — Ce coussin sera attaché à la table d'opération.

La pièce sera assez vaste pour qu'on puisse circuler autour du lit, bien chauffée. La nuit, éclairage par de nombreuses bougies, posées de tous côtés sur les meubles et surtout sur les meubles élevés. — Les lampes à l'huile, les bougies tenues par les aides risquent toujours de faire défaut au moment le plus urgent.

Les instruments indispensables sont :

1° Un bistouri à lame courte, assez étroite, coupant parfaitement ;

2° Un dilatateur à deux branches ;

3° Une canule du volume répondant à l'âge et surtout à la force de l'enfant. On emploie le n° 00 avant 15 mois, le n° 0 jusqu'à 2 ans, le n° 1 de 2 à 3 ans 1/2, le n° 2 de 3 ans 1/2 à 6 ans ; le n° 3 au-dessus. Le pavillon de la canule sera garni d'un taffetas arrondi et d'un morceau de gaze

iodoformée. Les ailes seront munies de deux bouts de ruban bien fixé ;

4° Des plumes d'oie, flexibles et assez longues, bien lavées à l'eau bouillante ;

5° Quelques tampons de ouate hydrophile trempés dans une solution antiseptique et exprimés.

Il est de plus utile d'avoir un bistouri boutonné, trois à quatre pinces hémostatiques, deux petits écarteurs. En outre de la canule de choix, il est bon de se munir toujours d'une petite canule 00. Celle-ci, dans les trachéotomies difficiles, sera mise provisoirement. En enlevant la canule interne elle ouvre une entrée suffisante à l'air. Elle permet de ranimer l'enfant et sauve souvent la situation.

La trachéotomie ne devant être faite qu'à la période d'asphyxie et d'anesthésie n'exige pas l'emploi du chloroforme.

Le cou de l'enfant sera rapidement savonné à l'eau chaude et avec une solution antiseptique.

L'enfant, enveloppé dans une couverture, sera maintenu par trois aides ; l'un saisira les jambes ; l'autre, ayant un rôle plus important déjà, maintiendra les bras et les épaules, le troisième, l'aide de choix, tiendra la tête à deux mains, la maintenant légèrement étendue et renversée en arrière. On le préviendra : 1° qu'il ne doit pas incliner la tête de côté pour voir l'opération, mais la tenir rigoureusement droite ; 2° qu'il doit asseoir l'enfant sur l'ordre de l'opérateur, mais ne doit pas l'asseoir avant ; 3° qu'il ne

doit lâcher la tête, même en asseyant l'enfant sous, aucun prétexte.

Opération. — L'opérateur se place à droite de l'enfant. Tous les instruments nécessaires sont sur une table à portée immédiate de sa main droite.

La main gauche, qui a le rôle important, doit immobiliser le larynx, le tirer en haut, l'exprimer en quelque sorte en avant. Le pouce et le médius gauches, placés de chaque côté du larynx, refoulent les parties molles pour faire saillir le larynx. L'index gauche cherche l'intervalle crico-thyroïdien. Il s'y fixe pour ne plus le quitter que le cricoïde et la trachée incisés.

La peau est, d'un premier coup de bistouri, incisée complètement, longuement, rigoureusement sur la ligne médiane, sur une étendue de deux centim. et demi.

L'opérateur, tenant la lame du bistouri à deux centim. de la pointe, enfonce la pointe à la partie supérieure de l'incision entre le thyroïde et le cricoïde jusqu'à ce qu'il ait une sensation de résistance vaincue, puis de vide. La trachée dans laquelle a pénétré le bistouri est alors incisée franchement sur une longueur de deux centimètres. On s'attachera à rester sur la ligne médiane. La tendance naturelle à éviter est de dévier l'incision en bas vers la droite.

Si la trachée n'est pas ouverte de ce deuxième coup de bistouri, on donne un coup d'éponge, on recherche bien l'intervalle crico-thyroïdien, on fait une nouvelle ponction et une nouvelle incision franche. Les petits coups de bis-

touri progressifs ne servent, dans la trachéotomie, qu'à faire saigner et qu'à faire perdre la voie. L'ouverture de la trachée s'annonce par de la toux, par un sifflement, par l'expulsion de sang et souvent de fausses membranes.

La trachée ouverte, l'index gauche cherche du bout de l'ongle la lèvre droite de l'incision. Le dilatateur est introduit dans la trachée ; il est introduit très avant et n'est ouvert qu'une fois bien introduit.

L'enfant est assis sur son séant. La tête est maintenue droite, à peine étendue.

La canule est présentée au dilatateur de façon que son grand axe soit d'abord dirigé parallèlement et non perpendiculairement à la ligne médiane. On fait, tout en l'enfonçant, décrire à la canule un quart de cercle qui ramène les ailes de la canule perpendiculaires à l'axe du cou. Si, en même temps que l'on enfonce la canule, on retire légèrement le dilatateur, on facilite beaucoup l'introduction ; mais on ne retirera complètement le dilatateur qu'une fois sûr de la bonne voie.

Tel est, parmi les innombrables procédés, le plus simple. Le procédé de l'incision *en un temps* exige une virtuosité exceptionnelle. Le procédé de l'incision *en plusieurs temps* expose, bien plus que le précédent, aux hémorrhagies, aux fausses routes, aux incisions multiples. L'introduction de la canule l'enfant couché sans dilatateur exige une grande habitude. La plupart des internes des hôpitaux d'enfants l'essaient, le plus souvent avec succès. Si l'incision est bien médiane, si l'index gauche saisit bien la lèvre

droite de la trachée, l'introduction de la canule sans dilatateur se fait presque d'elle-même; mais le dilatateur reste la grande ressource dans les incisions un peu courtes, un peu obliques, ou multiples.

Si l'on ne peut introduire la canule, trois éventualités se présentent :

1° L'enfant est inanimé ;

2° L'enfant respire encore et ne saigne presque pas ;

3° L'enfant respire encore, mais saigne abondamment.

1° L'enfant *est inanimé.* Si vous n'avez pu introduire même la plus petite canule, mettez le dilatateur, écartez-le bien, tandis qu'un aide frictionne vigoureusement l'enfant et qu'un autre fait la respiration artificielle. Si vous avez pu introduire la plus petite canule (canule interne enlevée pour avoir une prise d'air plus grande), la respiration artificielle se fera bien mieux qu'avec le dilatateur seul. De temps à autre, soit entre les branches du dilatateur, soit par la canule, chatouiller avec une barbe de plume l'intérieur de la trachée. Les tractions rythmées de la langue, proposées par Laborde, seront également tentées. Enfin, et surtout si l'enfant a présenté antérieurement des signes de paralysie diphtéritique, on emploiera l'électricité, suivant la technique indiquée plus loin.

2° L'enfant *respire et saigne modérément.* — C'est le cas le plus fréquent, le moins grave. Asseyez bien l'enfant, le dilatateur modérément écarté. Laissez la respiration se faire et ne faites de nouvelles tentatives pour mettre la canule que l'enfant une fois bien ranimé.

3° L'enfant respire, mais *saigne abondamment.* — Il faut à tout prix mettre une canule, la canule étant le seul moyen d'empêcher la chute du sang dans la trachée, le seul d'arrêter l'hémorrhagie. Essayez de mettre la plus petite canule avec le dilatateur. Essayez de la mettre sans dilatateur, moyen qui réussit souvent. Essayez de la mettre en prenant comme guide la tige d'une plume introduite à l'avance dans la canule par le côté opposé aux barbes. La tige est introduite la première entre les lèvres trachéales et l'on fait ensuite glisser la canule.

Une canule même petite, à condition d'être bien appliquée contre la peau et bien garnie de gaze iodoformée, empêche la chute du sang dans la trachée; elle n'arrête pas toujours l'hémorrhagie, mais celle-ci est presque toujours arrêtée, quand l'enfant a bien repris sa respiration en remplaçant la petite canule par une plus grosse.

Il est absolument exceptionnel qu'on soit obligé, dans la trachéotomie chez l'enfant, de poser des pinces hémostatiques; plus rarement encore il sera nécessaire de faire des ligatures.

Soins immédiats. — Aussitôt après l'opération, la canule est bien fixée par les deux rubans, qui sont noués en arrière sans être trop serrés. On nettoie rapidement la région. Autour du cou on place une cravate de mousseline ou mieux de gaze salolée légèrement humectée d'eau chaude sur le point qui répond à la canule. On fait boire à l'enfant un demi-verre de malaga, de champagne ou de grog. L'enfant est recouché dans son lit bien chaud. Profondé-

ment soulagé, il s'endort presque toujours aussitôt. Ce sommeil réparateur doit être respecté à tout prix. On se défiera donc des scènes d'émotion de la part de l'entourage et des parents.

Soins consécutifs. Suites régulières. — L'enfant trachéotomisé sera maintenu dans l'atmosphère chaude, humide, phéniquée, décrite plus haut. On diminuera de moitié les quantités indiquées d'acide phénique.

La canule interne sera enlevée et nettoyée toutes les quatre heures environ, plus souvent si elle est obstruée par des mucosités.

Le pansement de la plaie sera fait très antiseptiquement deux fois par jour. Il est facile, sans enlever la canule, d'enlever la rondelle de gaze iodoformée, de nettoyer la plaie avec des tampons de ouate antiseptique mouillés et exprimés bien amincis, de réinsinuer sous la canule quelques doubles de gaze iodoformée. On évitera, grâce à ces soins, les phlegmons, les abcès, les exulcérations de la plaie. Alors même que de l'emphysème se sera produit il disparaîtra sans incident.

Quarante-huit heures après l'opération, on remplace la canule par une canule de même volume. La voie est toute tracée et la nouvelle canule entre sans dilatation à condition de la laisser aller, de ne pas forcer.

L'alimentation de l'enfant est le point capital, l'élément pronostic important. Il faut qu'il mange beaucoup. Cette question de l'alimentation a été longuement étudiée un peu plus haut. Un point spécial doit être indiqué ici. Souvent

les enfants trachéotomisés avalent de travers. On craint une perforation de l'œsophage, une paralysie diphtéritique, alors que cet incident tient seulement à ce que les cordons de la canule sont par trop serrés.

A quel moment supprimer la canule? Dès le quatrième jour, en faisant le changement de canule on essaye de laisser l'enfant quelques minutes respirer seul, la canule enlevée, on renouvelle cette tentative le sixième jour. Souvent l'ablation complète est déjà possible; en un mot, c'est affaire de tâtonnement ; la règle est d'enlever la canule le plus tôt possible.

Chez beaucoup d'enfants, c'est la crainte seule qui empêche la respiration, l'obstacle disparu. Ils se débattent, crient, étouffent. Chez quelques-uns il suffit pour les calmer de leur laisser la canule enlevée de la plaie, mais pendue au cou.

Complications de la trachéotomie. *Infections de la plaie.* — Ces infections seront évitées par l'antisepsie pré et posopératoire. Le phlegmon au début sera souvent enrayé en insinuant sous la canule des rondelles de gaze bouillies dans la solution boriquée chaude et à peine humides.

Emphysème. — L'emphysème sous-cutané est plus effrayant que grave si l'on évite l'infection. Très exceptionnellement en cas d'emphysème très étendu avec gêne mécanique, on pourrait faire avec une aiguille flambée quelques piqûres sur les points les plus distendus.

Hémorrhagies. — Les hémorrhagies sont très rares, la

canule en place. On pressera un peu avec les doigts la canule contre la plaie. On mouillera la gaze placée sous la canule avec une solution d'antipyrine à dix pour cent. On remplacera la canule par une canule plus grosse. Très rarement avec ces moyens on devra faire une ligature.

Bourgeons. — Les bourgeons de la plaie deviennent parfois exubérants. Quelques cautérisations au nitrate d'argent suffisent ordinairement à les maîtriser.

Broncho-pneumonie. — C'est la complication grave, fréquente de la trachéotomie. La respiration devient rude, anxieuse, la fièvre remonte, l'enfant cesse de manger.

Les broncho-pneumonies des trachéotomies sont presque fatalement mortelles. Mais l'asepsie de la plaie, l'asepsie, l'humidité, la chaleur de l'air respiré en diminuent beaucoup la fréquence.

Bronchite diphtéritique. — Les fausses membranes sont ordinairement bien expulsées par la canule, mais parfois elles s'amassent, et font obstacle. On doit, quand un enfant trachéotomisé respire mal, songer à cette complication d'admettre la broncho-pneumonie. On peut parfois saisir les fausses membranes avec des pinces, mais le meilleur traitement est celui de Geffrier. On fait des pulvérisations fréquentes dans la canule avec une solution tiède de benzoate de soude à dix pour cent. La pulvérisation est interrompue au bout de quelques secondes pour faire par la canule avec une plume d'oie bien souple et bien propre des titillations de la trachée. Puis la pulvérisation est reprise et suivie d'un nouvel écouvillonnage jusqu'à ce

que la trachée paraisse désobstruée ou que l'enfant soit trop fatigué. Cette manœuvre est répétée de deux à six fois dans les 24 heures.

Traitement du coryza diphtéritique. — Le traitement du coryza diphtéritique n'a rien de bien spécial. Il consistera en irrigations avec les solutions antiseptiques (acide phénique à 1 pour 200 acide borique), employées contre l'angine ; en insufflations de poudre de salol, d'iodoforme. Mais le traitement du coryza est toujours indispensable, soit que le coryza existe seul, soit qu'il accompagne l'angine. On a grande tendance à négliger cette manifestation en apparence si peu importante de la diphtérie des fosses nasales, qui, bien plus encore que celle de la gorge, a tendance à gagner le larynx. Le coryza est toujours, au point de vue des dangers du croup, d'un pronostic fâcheux. Il doit être énergiquement combattu.

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

REVUE PRATIQUE
D'OBSTÉTRIQUE
ET DE PÆDIATRIE

Novembre-Décembre 1893

SOMMAIRE :

Traitement de quelques maladies de la peau chez l'enfant (Erythèmes, Eczéma, Impétigo), par M. Le Gendre . . 321
Traitement de quelques névroses chez l'enfant (Hypochondrie, Epilepsie, Hystérie, Manie, Migraine), par M. Le Gendre. 332
Diagnostic et traitement des hémorrhagies après la délivrance, par M. Oui. 343

TRAITEMENT DE QUELQUES MALADIES DE LA PEAU CHEZ L'ENFANT

Érythèmes.

Plus fréquentes chez les enfants que chez les adultes, ces hyperhémies cutanées doivent être envisagées, au point de vue du traitement, suivant leur étiologie. Le traitement local en est simple et banal, mais il dépend de leur cause qu'on puisse se dispenser de leur opposer aucun traitement interne ou qu'il faille les combattre par une médication générale.

Chez le nourrisson, l'*érythème paratrimme* ou *intertrigo* se voit à chaque instant. Pour le prévenir, il faut ne pas laisser l'urine et les matières fécales en contact prolongé avec les téguments; il faut éviter les frottements des sur-

faces cutanées opposées de l'abdomen et des cuisses, des fesses, de l'aisselle, les unes contre les autres, ou contre les brassières, les langes trop rudes ou malpropres. Il faut baigner et laver, aussi souvent qu'il est nécessaire, les enfants à peau grasse ou sujets à des sueurs profuses, comme les rachitiques. On emploiera l'eau de son ou de camomille, boriquée ou boratée. On saupoudrera abondamment avec le talc, le lycopode, la poudre d'amidon additionnée d'un dixième de bismuth.

L'*érythème simple des fesses*, uniquement causé par le contact avec des selles acides, et qui, s'il n'est pas rapidement combattu, dégénère en *érythème papulo-érosif*, réclame, outre les lotions de la région ano-fessière après chaque garde-robe, et le poudrage, le traitement actif des troubles digestifs : alcalins, bismuth, benzonaphtol, des lavements antiseptiques et alcalins.

Les érythèmes simples ou papuleux, répartis sur divers points du corps, et qui accompagnent souvent l'éruption d'une dent ou d'un groupe dentaire, ont été interprétés par les uns comme des troubles vaso-moteurs purement réflexes, par d'autres comme liés à une auto-intoxication d'origine gastro-intestinale, par les perturbations digestives accompagnant si fréquemment la *dentition*. La première opinion pathogénique conduirait à l'administration des moyens calmants du système nerveux : bains, bromures ; la seconde, à la pratique de l'antisepsie intestinale : purgatifs, calomel, benzonaphtol, salicylate de bismuth, lavements. Dans tous les cas où existent les troubles

digestifs, ceux-ci devront être combattus énergiquement par le régime sévère.

Les érythèmes des enfants *dyspeptiques* sont vraisemblablement assimilables aux érythèmes toxiques et médicamenteux; qu'il s'agisse d'une ptomaïne fabriquée dans le tube digestif ou d'un poison végétal comme la belladone, c'est l'action exercée par l'agent toxique sur la cellule des centres nerveux vaso-moteurs, qui provoque par voie réflexe des zones plus ou moins étendues et plus ou moins nombreuses d'hyperhémie cutanée.

Les *érythèmes médicamenteux* sont très fréquents; les uns sont roséoliques, d'autres scarlatiniformes, d'autres ortiés. Il faut avoir présente à l'esprit la liste des corps usités en thérapeutique et qui ont été signalés comme capables de perturber l'équilibre des vaso-moteurs : quinine, antipyrine, chloral (surtout si du vin ou de l'alcool est donné en même temps, Labric), atropine, térébenthine, cubèbe, calomel, iodures, bromures. La suppression du médicament est la seule thérapeutique à leur opposer, ainsi que l'administration de boissons abondantes pour activer son élimination. Pour faire de la prophylaxie, il est bon de demander dans chaque famille, avant d'administrer pour la première fois à un enfant un des médicaments réputés capables de provoquer des éruptions cutanées, si l'enfant a déjà pris ce médicament sans incident et si les parents ne se souviennent pas avoir eu de l'intolérance pour lui; car une prédisposition individuelle et assez souvent héréditaire régit ces dermopathies, bizarrement nommées pathogénétiques.

Chez les enfants plus grands, il y a lieu d'envisager toute la série des aliments pouvant agir comme poisons, soit par leur nature, soit par leur altération : poissons de mer, coquillages, crustacés, viande de porc, gibier faisandé. Les *érythèmes polymorphes* ont été signalés dans les empoisonnements alimentaires.

L'*érythème papuleux et noueux* peut être d'origine rhumatismale ; le repos (s'il siège aux membres inférieurs), l'enveloppement ouaté contre le prurit, le bicarbonate de soude, quelques laxatifs constituent le traitement.

On a observé les érythèmes dans beaucoup d'infections (fièvre typhoïde, Hutinel), d'infections amygdaliennes, diphtéries, diarrhées de dentition (Sevestre) ; ils n'ont là qu'une valeur symptomatique ; ils attestent vraisemblablement des infections secondaires d'origines gutturale, gastro-intestinale, bronchique. Ils ne requièrent pas d'autre traitement que celui de la maladie primitive, et l'antisepsie des cavités d'où peut partir le microbe. L'*érythème polymorphe*, considéré par Villemin comme une infection primitive aurait été, d'après lui, surtout justiciable de l'iodure de potassium.

Les *érythèmes scarlatiniformes desquamatifs* sont fréquemment causés par le contact avec le mercure ou l'iode, ou l'ingestion de ces corps (Besnier). Mais ils peuvent exister comme conséquence d'une auto-intoxication microbienne. Les prurits terribles qu'ils engendrent au début seront combattus surtout par l'enveloppement ouaté, les lotions chaudes avec le bicarbonate et le borate de soude, le poudrage, les pommades au menthol. L'enveloppement

ouaté servira encore, en hiver, à protéger contre le contact de l'air l'épiderme de nouvelle formation, après la chute de toutes les squames.

Eczéma.

Quand on est appelé au début de l'eczéma, s'il existe seulement de la rougeur et du prurit, on appliquera soit des cataplasmes de fécule de pomme de terre tièdes, soit des compresses de tarlatane imbibées de décoction émolliente additionnée de bicarbonate et de salicylate de soude.

Dans la période suivante où les vésicules excoriées laissent suinter la sérosité gommeuse qui tend à se concréter, on saupoudrera avec des poudres d'amidon, de talc, de bismuth. Quand la période de dessiccation commence, on use des pommades telles que le glycérolé d'amidon contenant 1/10 d'oxyde de zinc, d'acide borique, de bismuth.

Lorsque l'eczéma tend à récidiver, on emploie les bains tièdes d'amidon.

Quand un eczéma date déjà de quelque temps, qu'il est recouvert de croûtes sous lesquelles existent des surfaces excoriées, au niveau desquelles se font des inoculations de microbes pyogènes, il faut d'abord faire tomber les croûtes à l'aide de pulvérisations émollientes, de cataplasmes de fécule. Puis on fait des irrigations antiseptiques et on applique des topiques propres à combattre la tendance suppurative due aux infections secondaires (vaseline au salol, à l'acide borique, au calomel).

Dans les cas qui tournent à la chronicité et à la séche-

resse, avec prurit intense, on aura un moyen très puissant dans les enveloppements avec le taffetas gommé ou la toile caoutchoutée, qu'on dispose en forme de calotte pour le cuir chevelu, de masque pour le visage en réservant des trous pour les yeux, le nez et la bouche, et de manchons pour les membres. On doublera le taffetas gommé de toile, pour que l'enfant ne l'arrache pas avec ses ongles. Un des plus grands avantages de l'enveloppement imperméable est de faire cesser assez rapidement le prurit et l'insomnie qui en résulte.

Enfin, quand l'eczéma tend à se perpétuer sous la forme sèche, squameuse ou lichénoïde, il convient de provoquer passagèrement quelques poussées aiguës pour en hâter la guérison; on aura recours alors, soit aux pommades à base de tannin, au glycérolé tartrique (1/40), au précipité jaune (1/50), au sous-acétate de plomb, au glycérolé cadique, au badigeonnage avec une solution de nitrate d'argent. La poussée aiguë sera à son tour apaisée par les topiques émollients, et par une succession de poussées semblables on obtiendra la disparition de l'eczéma, mais à la condition qu'on ait, d'autre part, institué le traitement général basé sur les indications pathogéniques.

En mettant de côté l'influence héréditaire, qui est indéniable, mais n'est pas utilisable au point de vue thérapeutique, on se souviendra que la pathogénie comprend le plus souvent trois ordres d'influences : une disposition créée par la diathèse arthritique ou scrofuleuse, une hygiène alimentaire défectueuse, des irritations locales du tégument. La plus importante de ces trois influences m'a tou-

jours paru être l'*alimentation défectueuse* au point de vue de la qualité ou de la quantité.

Chez le nourrisson, un lait rendu irritant par l'abus que peut faire la nourrice d'alcool, de café, de charcuterie ou de poissons de mer, ou par l'existence chez elle d'une poussée eczémateuse, d'une acidité des humeurs, — un lait trop vieux pour l'âge de l'enfant, c'est-à-dire trop riche en matière grasse, — ou bien la prise de trop grandes quantités de lait, même de bonne qualité, sont des facteurs d'eczéma. Quand on gave de lait un enfant, de deux choses l'une : ou il a une gastrite et une dilatation de l'estomac, ou bien, s'il réussit à digérer et à assimiler cet excès de nourriture, il aboutit à un eczéma.

La première chose à faire est donc de surveiller l'alimentation de la nourrice, de la traiter elle-même par les alcalins si elle est en puissance d'accidents arthritiques, puis de diminuer la quantité et la fréquence des tetées ou des biberons; de faire précéder chaque prise de lait d'une cuillerée à café d'eau de Vichy ou de Vals. Si on avait donné à l'enfant prématurément d'autres aliments que le lait, il faudrait revenir à celui-ci. Chez un enfant plus âgé, on doit supprimer le vin ou les autres excitants de la peau (poissons de mer, crustacés, viande de porc). Il ne faut pas négliger d'empêcher la constipation par des laxatifs, des purgatifs légers, des lavements.

On réalisera un certain degré d'antisepsie intestinale au moyen du benzonaphtol, du salicylate de bismuth ou de magnésie.

Pour répondre à l'indication relative à l'*influence des*

irritations du tégument, on s'assurera chez un enfant disposé à l'eczéma que les diverses parties du vêtement ne sont pas des causes de frottement, on évitera le contact prolongé de l'urine, des matières fécales, des sécrétions sudorale et sébacée.

La persistance ou la récidive de l'eczéma fera essayer la *thérapeutique anti-diathésique :* s'il y a des indices de scrofule, pour modifier la nutrition déviée les iodiques, le tannin, l'huile de foie de morue seront essayés; mais si l'enfant est arthritique, ces substances auront un résultat défavorable et il faudra donner les alcalins. C'est aux lymphatiques qui, plus âgés, virent vers l'arthritisme, que convient surtout l'arsenic, médicament qui donne parfois des guérisons rapides et d'autres fois aggrave le mal. Ce n'est *jamais au moment des poussées aiguës* qu'il faut l'essayer.

Unna conseille l'ichtyol (2 gouttes par jour).

Les eaux minérales nous fournissent les arsenicales (La Bourboule), les chlorurées et bicarbonatées sodiques, les sulfurées (Uriage). Malgré tous les soins possibles, on se heurte parfois à d'interminables eczémas.

Impétigo.

Nous ne nous arrêterons pas à réfuter le préjugé qui consiste à redouter que la disparition de l'impétigo ait pour conséquence quelque maladie interne par suite d'une répercussion métastatique : si cette croyance, qui peut être discutée quand il s'agit de l'eczéma de cause interne,

peut avoir encore quelques adeptes dans certains milieux, elle ne compte plus de défenseurs parmi les médecins.

Les pustules impétigineuses, en effet, résultent de l'inoculation de staphylocoques; s'il faut quelquefois à ces microbes, pour prospérer, un terrain prédisposé par une viciation des humeurs, telle qu'en produisent la scrofule et l'auto-intoxication d'origine gastro-intestinale, il est prouvé que les microbes pyogènes, répandus avec abondance à la surface de nos téguments et des objets, ne cherchent qu'une fissure pour s'insinuer plus ou moins profondément dans nos tissus : un eczéma de cause interne, un érythème excorié par le grattage, servent ordinairement de porte d'entrée.

Quand la pustulation impétigineuse s'est développée, l'auto-inoculation s'opère de proche en proche par les contacts et le grattage, la *blépharite* et la *conjonctivite*, la *kératite*, la *stomatite*, la *tourniole* ou panaris sous-épidermique, la *vulvite* et la *balanoposthite* sont des complications tenant au transport à distances plus ou moins grandes, sur le même individu ou sur d'autres, des staphylocoques dont la virulence peut varier par des influences qui nous échappent, telles que le changement de terrain organique.

Sans vouloir exagérer la gravité de l'impétigo, il convient de faire remarquer que les staphylocoques, s'ils pénètrent dans la circulation, peuvent causer non seulement des angioleucites et des abcès ganglionnaires, mais, s'ils rencontrent des altérations viscérales antérieures et prédisposantes, des infections locales ou générales, sup-

puratives ou non, l'*endocardite infectieuse*, une *pyémie métastatique*, une *ostéomyélite*.

Le devoir du médecin est donc de préserver les enfants contre l'impétigo, et de guérir rapidement cette pyodermite, quand elle est réalisée.

On aura donc soin de faire l'occlusion de toute excoriation épidermique chez les enfants, de les faire laver avec des antiseptiques faibles (solutions boriquées). Les antiseptiques faibles suffisent pour entraver la pullulation des staphylocoques.

Quand l'affection commence à se manifester, ces mêmes moyens suffisent en général à l'enrayer : vaseline boriquée ou salolée, poudre d'aristol.

Mais le plus souvent nous avons à traiter un impétigo qui se présente sous l'aspect de croûtes épaisses, recouvrant quelquefois des abcès, sous-cutanés ou ganglionnaires. Il y a donc, avant l'antisepsie, un travail préalable pour dégager la région et permettre d'attaquer l'élément microbien.

Les moyens préliminaires sont les pulvérisations d'eau de guimauve boriquée, les cataplasmes de fécule, et surtout les enveloppements dans des tissus imperméables, suivant la méthode inaugurée il y a quarante ans par Colson (de Beauvais). Avec de la toile caoutchoutée ou du taffetas gommé qu'on double d'une étoffe destinée à en accroître la résistance, on fait soit un masque en y réservant des orifices pour les yeux, le nez et la bouche, soit une calotte, soit un manchon ou une mitaine suivant la région qu'on veut emmailloter et soustraire au contact

de l'air. On laisse l'étoffe imperméable appliquée plusieurs heures et on la retire pour laver soigneusement avec de la solution antiseptique les liquides exsudés qui la souillent, puis on la réapplique plusieurs jours de suite, (une semaine au plus suffit), jusqu'à ce que toutes les croûtes soient détachées ; le prurit est rapidement soulagé.

Pour le cuir chevelu, on coupe les cheveux ras avec les ciseaux. S'il y a des abcès, on les ouvre.

L'enveloppement imperméable enlevé, on recouvre la zone impétigineuse d'une substance antiseptique peu irritante soit pulvérulente, soit dissoute dans un excipient adhésif : le glycérolé d'amidon boriqué à 1/10, la vaseline au salol, la pommade au calomel, la poudre d'aristol, le vernis phéniqué appelé stérésol conviennent. Sur les surfaces restreintes, l'emplâtre de Vigo, l'emplâtre rouge de Vidal au minium et au cinabre, peuvent être utilisés.

Quand l'extension est enrayée, on peut achever la guérison par les pommades au bismuth ou à l'oxyde de zinc.

Les blépharites, conjonctivites et kératites, requièrent les pommades à l'oxyde jaune de mercure, au calomel, les collyres au sulfate de zinc ou de cuivre, au nitrate d'argent.

La stomatite impétigineuse guérit par les badigeonnages à la glycérine salolée, au stérésol.

L'impétigo des organes génitaux requiert les grands bains antiseptiques.

On n'omettra pas les prescriptions relatives à l'hygiène alimentaire et le traitement général : chez les nourrissons, on réglementera l'abondance du lait, quand l'eczéma par mauvaise alimentation a servi de substratum à l'inocula-

tion staphylococcique; chez les enfants plus âgés, on interdira, comme dans toutes les dermatoses, les poissons, viandes fumées et gibier, salaisons, charcuterie, les épices, le vin, le café et le thé. P. Le Gendre.

TRAITEMENT DE QUELQUES NÉVROSES CHEZ L'ENFANT

Hypochondrie.

Les idées hypochondriaques ou nosomaniaques ne sont pas exceptionnelles chez les enfants névropathes, héréditaires et dégénérés. Dès qu'on s'en aperçoit, il importe d'attirer l'attention de la famille sur cette fâcheuse tournure d'esprit qui peut aboutir à une vésanie véritable. C'est à la *cure morale*, à la psychothérapie, qu'on doit demander le redressement de cette déviation psychique; tout l'entourage de l'enfant doit s'y employer.

On évitera avec grand soin de laisser la conversation tomber sur des sujets médicaux; on redoutera plus encore la lecture de ces écrits dans lesquels, sous couleur de vulgarisation médicale, se trouvent des descriptions plus ou moins exactes des maladies, dans un style de nature à impressionner vivement un lecteur jeune. Malheureusement, à notre époque, ce genre d'écrits, servant à la diffusion de réclames thérapeutiques, se glisse partout et peut facilement tomber sous les yeux de nos enfants. Ceux d'entre eux qui ont la moindre propension à la nosomanie s'en emparent et les lisent avec avidité.

Pour la même raison, les parents devront éviter de s'entretenir devant leurs enfants de leurs propres maux ; car, souvent névropathes eux-mêmes, ils exerceront, par le récit imagé de leurs sensations morbides, une fâcheuse suggestion sur ces jeunes cerveaux.

On recommandera aux parents de n'accueillir qu'avec réserve, et sans en paraître émus, les plaintes de l'enfant hypochondriaque ; ce serait pourtant un mauvais procédé que d'y paraître insensible et de refuser complètement d'y croire ou de s'en occuper ; l'enfant attribuerait cette excessive indifférence à la dureté du cœur des siens et renoncerait à leur confier ses craintes d'être malade et de mourir, se confinerait en un mutisme plein de terreurs secrètes qui serait loin d'améliorer son système nerveux. On écoutera donc les plaintes de l'enfant, on l'examinera attentivement et on lui affirmera ensuite que les sensations qu'il accuse ne correspondent à aucune maladie.

On instituera pour lui une éducation où les travaux intellectuels seront suffisamment tempérés par l'exercice et les distractions ; on choisira, s'il se peut, ses camarades parmi des enfants sans tare névropathique et de bon caractère.

L'*hydrothérapie* sous les formes les plus variées sera presque la seule thérapeutique physique. Cependant, comme en général les fonctions digestives s'accomplissent assez mal chez ce genre de sujets et qu'ils sont notamment atteints de constipation, on surveillera leur alimentation, on leur fera prendre fréquemment les amers et les laxatifs.

Épilepsie.

Le premier soin du médecin appelé à soigner un enfant qui présente des attaques convulsives, doit être de rechercher les circonstances qui permettent de distinguer l'épilepsie de l'éclampsie et de l'hystérie ; puis les convulsions épileptiformes symptomatiques, soit d'une irritation produite sur le système nerveux par voie réflexe, comme l'épilepsie vermineuse, soit d'une lésion encéphalique localisée (épilepsie jaksonienne).

Les convulsions limitées, du moins au début de l'accès, à un membre, inférieur ou supérieur, à une moitié de la face, sans perte de connaissance ou précédant la perte de connaissance, constituent l'*épilepsie jaksonienne*. La connaissance des localisations cérébrales permettra dans certains cas de diagnostiquer l'existence d'une lésion nettement localisée de l'encéphale et superficielle, accessible au chirurgien, comme celles de la région rolandique. Si les commémoratifs peuvent faire penser à une lésion curable par l'intervention chirurgicale (*ancien traumatisme*), on posera nettement la question de TRÉPANATION.

Peut-on supposer qu'une *lésion syphilitique héréditaire* (gomme) est l'agent irritant, le traitement spécifique doit être institué et conduit avec vigueur (frictions mercurielles, iodure de potassium à dose suffisante).

Si l'on est induit à admettre un *tubercule cérébral*, l'espoir est bien faible d'en obtenir la régression ; chez des enfants déjà d'un certain âge, on pourra quelquefois

en ralentir l'évolution par l'emploi de la créosote et de l'iodoforme.

Pour les autres *tumeurs encéphaliques* (gliome, kyste, foyer de ramollissement ou d'hémorrhagie, hématome), il n'y a rien à espérer que de la chirurgie, et c'est à son défaut seulement qu'on tentera la révulsion sur les parois du crâne (pointes de feu, vésicatoires réitérés) et l'emploi des antispasmodiques.

L'épilepsie causée par des *vers intestinaux* sera un triomphe thérapeutique, grâce aux anthelmintiques (santonine, 0 gr., 05 à 0,15) et au calomel.

On peut voir des accidents épileptiformes en rapport avec une *auto-intoxication* par le tube digestif (constipation, dilatation gastrique et colique) ; ils céderont à un régime approprié et à l'antisepsie intestinale.

Si on a la bonne fortune de rencontrer, par un examen minutieux de tout le corps, quelque *cicatrice douloureuse*, quelque *névrome*, on pourra espérer faire disparaître les convulsions par la suppression de ces causes d'aura centripète.

Le *rachitisme*, qui s'accompagne de *craniotabes*, de déformation passagère ou durable du trou occipital capable d'entraver la circulation du bulbe, sera traité s'il existe.

L'*anémie*, si elle est arrivée à un haut degré, peut par exception entraîner une ischémie de certains territoires encéphaliques ou des troubles de la nutrition des cellules nerveuses, qui se traduisent par des convulsions épileptiformes ; de là une indication thérapeutique.

Toutes ces fausses épilepsies écartées, on reste en face du vrai **mal comitial**, présentant à considérer au point de vue du traitement les *accidents convulsifs*, le *petit mal*, les *formes larvées* (incontinence d'urine, impulsions).

En vue de la PROPHYLAXIE, on pourrait peut-être utiliser la notion, qui paraît acquise à la science, de l'influence exercée par l'alcoolisme des parents, et plus particulièrement par l'ivresse au moment de la conception. Des recommandations faites à propos aux hommes qui sont sur le point de se marier, éviteraient peut-être quelques naissances d'épileptiques futurs.

Dans les familles à hérédité névropathique ou alcoolique, on devrait ne jamais exposer les enfants à des spectacles répugnants ou terrifiants (vue d'un cadavre, de l'abatage d'un animal, des convulsions d'un épileptique). On devra leur interdire l'usage du vin pendant les premières années. L'éducation devra se proposer, chez les enfants tarés par les névroses ou psychoses des parents, d'éviter le surmenage intellectuel, les punitions trop rigoureuses et l'abus de la contrainte morale. On recommandera la vie au grand air.

L'emploi des MÉDICAMENTS comprendra en première ligne les *bromures*, à doses progressivement croissantes jusqu'à disparition des attaques, puis décroissantes, mais sans cesser complètement, le bromure étant « la muselière de l'épilepsie », comme on l'a dit d'une manière si expressive.

Bromure de potassium.....		
Bromure de sodium.....	ââ	5 gr.
Bromure d'ammonium.....		
Eau.....		150 gr.

Chaque cuillerée à café, contenant 1 gr. de polybromure, sera diluée dans une quantité variable de sirop d'écorces d'oranges, de fleurs d'oranger ou d'eau de laurier-cerise.

On donnera ainsi 1 à 10 gr. par jour, suivant l'âge de l'enfant et la fréquence des accès. Quand les accès auront disparu depuis un certain temps, on diminuera les doses ; puis on suspendra une semaine sur quatre, puis un mois sur deux, etc.

On peut empêcher les accidents cutanés du bromisme par l'emploi simultané de l'antisepsie intestinale (naphtol et benzonaphtol).

Loin derrière les bromures viennent tant de médicaments, tour à tour vantés: opium, belladone, jusquiame, valériane, chloral. Plus récemment, le borate de soude a été préconisé.

Au moment des *accès*, les mesures à prendre sont de prévenir les chutes graves, la morsure de la langue, de relâcher tous les vêtements, de favoriser la sécrétion urinaire, d'évacuer l'intestin. Les accès subintrants trop prolongés, constituant l'*état de mal*, peuvent devenir un danger mortel : on doit s'efforcer d'en interrompre la série par divers moyens (chloroformisation, inhalations de nitrite d'amyle, affusions froides, bains tièdes prolongés).

Dans l'intervalle des accès convulsifs, l'*hydrothérapie froide* (douche en jet, en pluie) sera indispensable. Elle sera aussi efficace contre les *vertiges* du petit mal et les *accidents larvés* d'impulsion, d'incontinence nocturne d'urine.

On a essayé la suggestion avec peu de succès.

On a pratiqué la trépanation, même dans l'épilepsie réputée essentielle. Compte-t-on un seul succès définitif?

L'emploi des *toniques*, du fer, de l'arsenic est indispensable de temps en temps.

Quand les accès affectent une périodicité régulière, la quinine (valérianate surtout), serait à essayer.

Hystérie.

Deux grands agents priment tous les moyens qui ont été préconisés contre l'hystérie : c'est le *traitement moral* et l'*hydrothérapie*.

Ils servent d'abord à la PROPHYLAXIE. Chez les enfants issus de névropathes, l'usage des pratiques hydrothérapiques doit être institué de très bonne heure, et l'éducation devra, dès les premières années, s'efforçer de combattre le dérèglement des fonctions nerveuses.

Malheureusement, quand les parents et surtout la mère sont eux-mêmes hystériques ou neurasthéniques, ils sont bien peu capables de donner cette éducation, qui requiert le calme, un mélange de douceur et de fermeté. En pareil cas, il vaudra mieux pour l'enfant que ses parents confient à d'autres le soin de diriger son jeune esprit.

Aux prédisposés à l'hystérie il faut imposer une règle de vie méthodique, l'habitude du travail coupé par des distractions physiques ; dans les lectures, bannir autant que possible les écrivains qui ne s'adressent qu'à l'imagination et à la sensibilité ; éviter les occasions de faire naître des émotions vives, tristes ou terrifiantes, ou attendrissantes. L'ennui et la monotonie sont à éviter aussi bien que l'excès des plaisirs : on trouve autant de filles hystériques dans les mornes ouvroirs que dans les salons mondains ou les pensionnats à la mode.

L'approche de la puberté est une occasion d'éclosion de l'hystérie, et même chez les fillettes sans prédisposition héréditaire accusée, la névrose peut se montrer alors d'une façon peu durable et sous des formes atténuées.

Quand il existe chez une enfant hystérique des symptômes d'anémie, il faut commencer par instituer le traitement tonique, dont la vie au grand air, les inhalations d'oxygène, l'arsenic, les préparations martiales forment les bases.

On prescrit simultanément l'hydrothérapie, les lotions froides, ou douches en colonne horizontale, les bains sulfureux.

Dans les formes d'hystérie où prédominent les phénomènes d'excitation, on utilisera plutôt l'enveloppement général dans le drap mouillé, le maillot partiel humide, la douche en pluie, ou l'hydrothérapie tiède ; la balnéation tiède, bains de tilleul prolongés.

On a fait un grand abus des bromures dans le traitement de l'hystérie convulsive et même des accidents hys-

tériques sans éclampsie. Nous ne pensons pas qu'on puisse demander aux préparations bromiques autre chose que la sédation très passagère de la surexcitation cérébro-spinale.

Comme antispasmodiques, nous plaçons bien au-dessus les préparations de *valériane* (valérianate de zinc, de quinine, extrait et poudre de valériane en pilules, en lavements, en bains); la *strychnine* nous a rendu de bien grands services pour combattre le dérèglement des grandes fonctions nerveuses.

L'*électrothérapie*, principalement sous la forme d'électricité statique, fournit aussi de bonnes armes.

Enfin, dans tous les cas où de graves accidents hystériques, d'ordre psychique surtout, résistent aux moyens précédents, l'*isolement* des enfants, leur transfert hors de la famille ou du milieu habituel dans un milieu radicalement différent, notamment dans une maison de santé sous la direction d'un médecin rompu au traitement des névroses, voilà l'ultima ratio. Ce dernier moyen est plus spécialement merveilleux contre l'*anorexie*, les *vomissements incoercibles*, certains *spasmes* toniques.

Le rôle principal du médecin, lorsqu'il tient ainsi à sa discrétion l'enfant, est d'exercer sur lui une *suggestion* contraire à celle que trop souvent il avait reçue d'un mauvais entourage ou à ses auto-suggestions.

Quand il existe des anesthésies hémiplégiques ou partielles, des monoplégies, des hémiplégies ou paraplégies, on doit recourir aux nombreux *moyens œsthésiogènes* : aimants, métallothérapie, transfert.

Les *attaques convulsives* ne requièrent que peu de

moyens immédiats : la compression ovarienne ou celle du nerf sus-orbitaire.

Manie.

On tiendra l'enfant dans une pièce peu éclairée à température fraîche ; on fera le silence autour de lui et on ne laissera près de lui que les personnes indispensables. On ne discutera pas avec le malade et on ne le contredira pas dans ses divagations.

On lui fera prendre deux *bains* tièdes de tilleul par jour, prolongés pendant trois quarts d'heure à une ou deux heures. Si la crise est d'une grande violence, on appliquera de la glace sur la tête ; mais cela suppose l'immobilisation par une camisole et cette contention ne peut être employée que pendant peu de temps sans inconvénients.

On administrera, tous les deux ou trois jours pendant l'accès, un *purgatif drastique* (aloès, scammonée).

Si les enfants refusent de s'alimenter, on les nourrira avec la sonde introduite par le nez (au moyen de peptones, poudres de viande, lait et œufs crus).

Comme calmants, on associera les bromures, le chloral, le chanvre indien.

	SUIVANT L'AGE
Bromure de potassium.....	
Bromure de sodium.....	àâ 1 à 3 gr.
Bromure d'ammonium.....	
Hydrate de chloral.....	0,50 à 2 gr.
Teinture de cannabis indica....	0,50 à 1 » 50
Sirop de menthe.....	30 gr.
Julep gommeux	120 »

A faire prendre en 24 heures.

S'il y a de la fièvre, on donnera la *quinine* (surtout le valérianate). On aura recours aussi à la quinine préventivement dans certains cas d'accès maniaques à périodicité régulière ; quand j'étais l'interne de Legrand du Saulle à la Salpêtrière, je me souviens d'avoir vu une fillette sujette à des accès de manie qui revenaient assez exactement toutes les trois semaines. L'accès n'apparaissait pas, si on prenait soin de donner, trois ou quatre jours avant la date ordinaire, une dose quotidienne de quinine. S'il arrivait qu'on oubliât de le faire, l'enfant avait un accès de trois à cinq jours, au cours duquel la quinine n'agissait plus.

Dans l'intervalle des accès de manie, on instituera un traitement prophylactique, dont la vie au grand air, les distractions physiques, l'absence d'excitation cérébrale et l'hydrothérapie froide seront les bases.

Migraine.

Chez les enfants issus de souche neuro-arthritique, surtout chez les filles de mères hystériques et sujettes elles-mêmes à la migraine, cette névrose apparaît quelquefois d'assez bonne heure.

Manifestation de l'hystérie précoce, elle sera attaquée dans sa cause (voy. Hystérie).

En outre, la mauvaise hygiène des enfants riches élevés d'une manière molle, la sédentarité avec veilles, les travaux scolaires, la mauvaise hygiène de la vue (défectueux éclairage, caractères trop fins ou peu nets), d'où l'asthénopie accommodative, sont des causes à rechercher pour y porter remède.

La chlorose, l'impaludisme, la syphilis seront aussi cherchés et, s'ils existent, combattus.

Le mauvais fonctionnement du tube digestif, notamment la dilatation de l'estomac et la constipation, donnent la clef du traitement de bon nombre de céphalées migraniformes.

La rhinite chronique, l'hypertrophie amygdalienne avec végétations adénoïdes, la dentition défectueuse et la carie sont encore des facteurs de migraine.

D'où les principales indications : hygiène alimentaire et générale régularisée (suppression des veilles, exercice en plein air).

Révulsion locale : stypage, massage, vésicatoires, électricité statique.

Médicaments nervins : antipyrine, quinine, valérianates, bromures ; toniques (arsenic, fer) ; ou les alcalins (chez les arthritiques).

Au moment de l'accès, l'enfant sera tenu dans l'isolement et l'obscurité, à la diète qui sera facilement acceptée, puisqu'à l'ordinaire il y a un état nauséeux et souvent des vomissements, auxquels on opposera l'eau de Vals ou de Vichy glacée.

P. Le Gendre.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES HÉMORRHAGIES APRÈS LA DÉLIVRANCE

Lorsqu'une femme vient d'accoucher, lorsque la délivrance est effectuée, il se produit toujours, au niveau des

organes génitaux, un écoulement sanguin, hémorrhagie normale, inévitable, et qui ne devient pathologique que par sa trop grande abondance.

Depuis l'utérus jusqu'à la vulve, les organes génitaux sont, en effet, chez la nouvelle accouchée, le siège d'éraillures, de plaies, de déchirures multiples, qui toutes peuvent donner lieu à des hémorrhagies abondantes. L'état général de la femme est-il bon? l'utérus est-il bien contracté? aucun vaisseau important n'a-t-il été atteint? Tout se borne alors à un écoulement sanguin léger à peine suffisant pour imprégner lentement, après qu'un premier lavage a été effectué, une bande d'ouate hydrophile large et épaisse comme la main.

Par contre, chez certaines hémophiliques, la plus petite éraillure pourra donner lieu à un suintement sanguin persistant, plus inquiétant, plus dangereux par sa ténacité que par son abondance. Chez d'autres accouchées, une déchirure aura atteint une grosse veine variqueuse, un thrombus se sera ouvert, une artère aura été divisée, soit au niveau de la vulve, soit dans le vagin, soit par l'inévitable déchirure du col. Enfin, dans une troisième catégorie de cas, le muscle utérin se contractera insuffisamment, il n'enserrera pas dans ses « ligatures vivantes » les vaisseaux de l'organe, et le sang coulera à flots au niveau de la plaie placentaire.

La variété même de ces hémorrhagies montre assez qu'on ne saurait s'adresser pour les combattre à un seul moyen thérapeutique, et que les méthodes employées

contre elles devront agir sur des éléments différents, dans des régions différentes.

Un diagnostic précis de la source même de l'écoulement sanguin est donc la condition *sine quâ non* de tout traitement rationnel et véritablement utile.

Mais, tout d'abord, une question se pose.

A quel moment la petite hémorrhagie normale devient-elle pathologique?

La réponse ne peut avoir ici une exactitude mathématique, et il est impossible, pour résoudre le problème, de se baser sur la quantité de sang perdu par l'accouchée. Telle femme perdra, sans que son état général en soit sérieusement atteint, trois ou quatre cents grammes de sang; telle autre, épuisée par des pertes antérieures ou par une maladie générale, ne pourra sans danger grave supporter une hémorrhagie moitié moindre.

Aussi l'état général a-t-il une importance considérable. Évidemment, certaines hémorrhagies externes, abondantes, sautent pour ainsi dire aux yeux, et le doute n'est pas permis. D'autres au contraire se font insidieusement, ou bien encore se produisent sous forme d'hémorrhagies internes, et pourraient être méconnues, si l'accoucheur ne veillait avec soin sur les symptômes généraux.

Une nouvelle accouchée est calme, sa respiration est tranquille, les téguments sont colorés, le pouls est plein, fort, régulier. Pas de danger d'hémorrhagie à craindre, si toutefois la délivrance a été complète, et c'est le cas auquel je me restreins en ce moment.

Au contraire, cette femme pâlit, elle accuse des étour-

dissements, des nausées, des tendances syncopales; en même temps le pouls faiblit, devient très rapide, difficile à saisir et à compter : voilà plus qu'il n'en faut pour songer à une hémorrhagie, et à une hémorrhagie grave.

Aussi ne faut-il pas attendre l'apparition de ces symptômes alarmants pour poser le diagnostic. Il pourrait être trop tard, et dans ces cas la rapidité du diagnostic est la première condition de l'efficacité du traitement.

Les éléments de ce diagnostic seront fournis à la fois par l'examen direct des organes génitaux externes et par le palper abdominal. Les renseignements fournis par ces deux modes d'exploration doivent être combinés pour arriver à un diagnostic certain; mais ils seront de valeur très inégale selon que l'hémorrhagie sera externe ou interne.

L'hémorrhagie est-elle externe, elle pourra se présenter sous des aspects très différents. Tantôt, au niveau de la vulve, vous verrez jaillir un flot de sang qui paraîtra couler à pleins bords; tantôt au contraire ce sera un jet peu volumineux, saccadé, de sang vermeil. Dans d'autres cas ce sera un suintement persistant, et vous constaterez que les draps sur lesquels repose votre accouchée sont teints d'une tache de sang qui gagne rapidement en surface. De ce que cette tache reste limitée, il ne faudrait pas cependant se hâter de conclure que l'hémorrhagie s'est arrêtée. Si le lit n'a pas été garni d'un tissu imperméable, le sang peut s'infiltrer dans la profondeur, et on a pu voir une hémorrhagie méconnue ne se révéler que

par l'écoulement sur le plancher du sang qui avait traversé les matelas.

Portez en même temps la main sur la paroi abdominale, déprimez-la, délimitez l'utérus en appréciant sa consistance. Ou bien vous allez le trouver ovoïde, régulièrement arrondi, d'une dureté ligneuse, constituant en un mot le classique *globe de sûreté*, ou bien vous le trouverez volumineux, mou, de consistance pâteuse, ne réagissant pas sous votre main, en un mot, dans l'état d'*inertie*.

Voilà déjà de quoi vous éclairer, et vous mettre sur la voie du diagnostic. L'écoulement sanguin est-il extrêmement abondant, en même temps que vous constatez cet état de mollesse de l'utérus, n'hésitez pas. L'hémorrhagie est due à l'inertie utérine, elle a sa source au niveau de la plaie placentaire, c'est le défaut de contraction de l'utérus que vous allez avoir à combattre.

Au contraire, vous voyez le sang s'écouler par la vulve, et l'utérus est dur, bien contracté : vous allez chercher la source de l'hémorrhagie soit du côté de la vulve et du périnée, soit dans la profondeur du vagin, soit au niveau du col utérin.

Examinez alors la vulve, en écartant les grandes et les petites lèvres, et vous pourrez constater à ce niveau soit la rupture d'un thrombus (Pingeon de Dijon), soit la division d'une artère dans une déchirure du périnée (M. Duncan), soit une rupture d'une artère clitoridienne, soit même des lésions très peu étendues de la muqueuse donnant lieu à une hémorrhagie capillaire extrêmement abondante. Dois-je ajouter qu'on a signalé la rupture

d'une hémorrhoïde dans les cas de déchirure périnéale intéressant l'anus, et qu'il ne faut jamais négliger de s'assurer de cette source possible d'hémorrhagie.

Vous n'avez rien découvert au niveau de la vulve, vous êtes absolument certain que l'utérus est bien contracté : cherchez plus haut.

Débarrassez, avec une injection antiseptique à 45°, le vagin encombré de caillots ; avec deux doigts soigneusement aseptisés, aidez à ce nettoyage et rendez-le aussi complet que possible, et que votre œil aille maintenant explorer attentivement le terrain ainsi déblayé. Pour cet examen, le spéculum n'est pas commode ; il ne permet pas de découvrir facilement l'une après l'autre les différentes parties du vagin. Il peut cependant rendre de grands services s'il est bien utilisé.

Il vaut mieux avoir recours à l'emploi des valves de modèles différents que vous pourrez avoir à votre disposition, et qui vous permettront de découvrir et d'examiner sans difficulté d'abord les parois latérales, puis successivement la paroi antérieure et la paroi postérieure du vagin, en même temps, d'ailleurs, que vous vous rendrez compte de l'état du col, et que vous pourrez voir si, à ce niveau, aucun vaisseau important n'est lésé.

Vous placez donc une valve pour déprimer la paroi postérieure du vagin, une autre pour écarter la paroi antérieure. Le col est découvert : vous allez pouvoir juger de son état. Pour cela, essuyez-le, épongez-le doucement avec un bourdonnet de ouate antiseptique porté par une longue pince. Pas d'hémorrhagie en ce point : il faut

chercher plus bas. Au contraire, le sang s'écoule, soit en jet rutilant et saccadé (plaie artérielle), soit en flot noir et baveux (plaie veineuse, ouverture d'un petit thrombus) : le diagnostic est fixé, la thérapeutique sera facile.

Si vous n'avez rien trouvé ni du côté du col ni du côté de la vulve, l'hémorrhagie est vaginale. Déplacez vos valves mises primitivement en rapport avec les parois antérieure et postérieure, reportez-les sur les côtés, de façon à tendre les parties du vagin précédemment couvertes par les instruments, et vous pourrez alors constater de visu les lésions vasculaires qui réclament votre intervention.

A défaut de valves, le spéculum a pu être avantageusement employé. L'instrument mis en place et le col découvert, on peut ou non constater des lésions de ce côté. Puis, à mesure que le spéculum est retiré, les parois vaginales se déroulent pour ainsi dire sous l'œil de l'observateur, et peuvent être explorées à peu près complètement (1) ; mais, comme je l'ai déjà dit, la grande laxité des parois vaginales à ce moment, et la facilité plus grande de maniement des valves doivent faire préférer leur emploi à celui du spéculum.

Ainsi, chaque fois qu'une hémorrhagie externe se produira en même temps que la tonicité de l'utérus restera parfaite, on devra songer à une hémorrhagie vulvaire, vaginale ou cervicale, hémorrhagie qui pourra être due

(1) Charrier a ainsi découvert une hémorrhagie provenant de la division d'une artère vaginale transverse.

à la division d'une branche artérielle importante, à la rupture d'une veine variqueuse, à l'ouverture d'un thrombus, ou bien hémorrhagie capillaire se produisant sous l'influence de l'hémophilie.

M. Budin a signalé un fait qui pourrait faire présumer la source réelle de l'hémorrhagie au moment même de l'expulsion du fœtus, et qui lui aurait permis de faire le diagnostic dans trois cas : « Si le sang vient du clitoris, dit-il, il s'écoule, on l'a vu, immédiatement à l'extérieur aussitôt après la sortie de la tête, avant même l'expulsion du tronc de l'enfant. S'il venait, au contraire, de la rupture du col de l'utérus, rupture qui est habituelle, il serait sans doute effacé par le frottement du corps du fœtus contre les parois du canal vaginal qui sont si considérablement distendues. Nous nous demandons donc s'il ne serait pas rationnel de conclure, de l'apparition d'une large tache de sang s'étendant sur l'épaule et sur le tronc, à la rupture d'un vaisseau occupant la partie antérieure du vagin. Des observations ultérieures faites par d'autres décideront si, joint à l'état de dureté et de contraction de l'utérus, ce signe possède réellement toute l'importance que nous sommes tenté de lui attribuer. » Je n'ai pas eu l'occasion de vérifier quelle est la valeur du signe indiqué par M. Budin. Il peut, je crois, attirer l'attention sur la production d'une hémorrhagie vaginale; mais il sera toujours absolument nécessaire de découvrir la source exacte de cette hémorrhagie pour pouvoir efficacement la combattre, et seul l'examen direct permettra d'arriver à un diagnostic précis.

J'ai dit plus haut que dans le cas d'hémorrhagie externe, lorsque par le palper abdominal on trouve l'utérus bien contracté, on doit toujours penser que cette hémorrhagie provient d'une déchirure du col, du vagin ou de la vulve.

C'est une règle générale ; mais elle souffre une exception. Il est certains cas, en effet, où vous constaterez le *globe de sûreté* par le palper abdominal, et cependant une hémorrhagie abondante se produira sans lésions sérieuses de la vulve ni du vagin. Je veux parler des hémorrhagies qui succèdent à la délivrance lorsqu'il y a eu insertion vicieuse du placenta. Le segment inférieur très développé, extrêmement distendu au moment de l'accouchement, se contracte fort mal après la délivrance. Si la plaie placentaire existe à ce niveau, l'hémostase par contraction musculaire se fera d'une façon absolument insuffisante, et nous assisterons à la production d'une hémorrhagie par inertie utérine partielle. Le diagnostic déjà porté d'insertion vicieuse du placenta permettra de ne pas hésiter sur l'origine de l'écoulement sanguin.

Il nous reste maintenant à nous occuper des hémorrhagies internes, plus rares, souvent combinées aux hémorrhagies externes, en tout cas plus souvent méconnues, et par cela même plus dangereuses. Je laisserai de côté l'étude des hémorrhagies internes dites secondaires, se produisant plusieurs heures, parfois même deux ou trois jours après l'accouchement, dues à la rétention, dans la cavité utérine, de caillots, de cotylédons placentaires, de lambeaux de membranes, résultant, en un mot, de

délivrances incomplètes, et qui doivent être considérées non pas comme des hémorrhagies succédant à la délivrance, mais bien comme des hémorrhagies de la délivrance même (Pinard).

C'est surtout par l'état général que se révèle l'hémorrhagie interne. Tout à coup, l'accoucheur qui est demeuré auprès de la nouvelle accouchée voit se produire les symptômes qui constituent le tableau de l'anémie aiguë. Il découvre la femme, constate qu'il ne s'écoule pas de sang hors des organes génitaux ; mais en portant la main sur l'abdomen, il constate que l'utérus est beaucoup plus volumineux qu'à l'état normal. Il est mou, si mou parfois qu'il est difficile d'en bien déterminer les limites. Comprime-t-on la paroi abdominale, fait-on l'expression utérine, on voit alors s'échapper par la vulve des caillots volumineux mélangés à du sang liquide. Le diagnostic ne saurait hésiter : il s'agit d'une hémorrhagie interne par inertie utérine.

Mais il est souvent un peu tard, si on attend l'existence de tous ces signes, tant généraux que locaux, avant de porter le diagnostic de l'hémorrhagie. Une grande quantité de sang aura déjà été perdue, l'état général sera déjà très altéré, la thérapeutique deviendra par cela même moins efficace. Il y a donc le plus grand intérêt à faire un diagnostic précoce. L'examen du pouls est extrêmement utile dans ces circonstances, et la rapidité extrême des pulsations coïncidant avec leur affaiblissement doit attirer l'attention tout d'abord, car, ainsi que l'enseigne

M. Pinard, cette rapidité des pulsations ne se produit pas seulement lorsque l'hémorrhagie s'est déjà faite avec une certaine abondance, mais bien au moment même où l'inertie utérine débute, où l'hémorrhagie commence. L'examen attentif du pouls est donc d'une importance extrême et rendra de très grands services pour le diagnostic rapide du redoutable accident qu'est l'hémorrhagie interne par inertie utérine.

Le diagnostic a été porté. Le siège précis de l'hémorrhagie a été déterminé. A quels moyens allons-nous nous adresser pour la combattre?

Il devient de toute nécessité de diviser notre sujet, et d'envisager successivement :

1° Les hémorrhagies vulvaires ou périnéales ;

2° Les hémorrhagies du vagin ;

3° Les hémorrhagies du col ;

4° Les hémorrhagies par inertie utérine.

Je laisse de côté volontairement les hémorrhagies dues à une rupture de l'utérus, accident grave par lui-même, auquel la perte de sang vient ajouter un danger plus considérable. Mais, dans ce cas, l'hémorrhagie est accompagnée de symptômes caractéristiques, se produisant pendant l'accouchement, ou encore au moment d'une délivrance artificielle ; elle ne rentre pas dans le cadre que je me suis tracé. J'ajouterai que les indications thérapeutiques sont ici toutes différentes de celles que je vais exposer ; elles ne peuvent être envisagées et discutées que dans une étude complète sur la rupture de l'utérus.

Voyons donc successivement les diverses catégories que nous venons de former.

Hémorrhagies vulvaires ou périnéales. — Nous pouvons nous trouver en face des trois variétés : hémorrhagie artérielle, veineuse, capillaire.

Je ne reviens pas sur le diagnostic de ces trois variétés. Ce sont là connaissances de chirurgie générale qui ne sauraient légitimement trouver ici leur place.

L'hémorrhagie est *artérielle*. — Cela est fréquent surtout dans les déchirures qui avoisinent le clitoris (Winkel-Poppel, Laroyenne, Schrader). Ici, le traitement ne saurait être discuté :

Une pince à forcipressure saisira le vaisseau qui donne du sang, et une ligature sera faite avec un fin catgut ou, à son défaut, avec de la soie. C'est certainement le meilleur traitement de ces hémorrhagies artérielles ; il est plus rapide, tout aussi simple et plus efficace que la compression. Si la ligature offre quelques difficultés, la pince sera laissée en place pendant une demi-heure ou trois quarts d'heure, et suffira pour assurer l'hémostase. On voit aussi se produire des hémorrhagies artérielles au niveau d'incisions faites à la commissure postérieure de la vulve (Depaul). Une artère du périnée peut être divisée par une déchirure de cette région et saigner abondamment pendant de longues heures (M. Duncan). Le même traitement, forcipressure et ligature, est applicable à ces cas.

Hémorrhagies veineuses. — Ces hémorrhagies sont dues soit à la rupture de veines variqueuses, soit à l'ouverture spontanée ou traumatique d'un thrombus de la vulve. Ici, il est impossible de s'adresser à la forcipressure ou à la ligature. S'il s'agit d'une veine variqueuse, il sera bien

difficile de saisir toute la lumière du vaisseau dans les mors d'une pince, et la paroi se déchirera sous la striction de la ligature. S'il s'agit d'un thrombus rupturé, les difficultés seront plus grandes encore, car les vaisseaux qui donnent le sang se trouvent au fond d'une cavité anfractueuse que nous avons, d'ailleurs, tout intérêt à respecter. Ici, la compression sera le procédé de choix. Nous l'appliquerons à l'aide d'un tampon de coton hydrophile préalablement imbibé d'une solution antiseptique et soigneusement exprimé ensuite. Énergiquement appliqué avec le doigt sur le point saignant, ce tampon compressif suffira le plus souvent, on peut même dire toujours, à arrêter l'hémorrhagie en quelques minutes.

Hémorrhagies capillaires. — Ces hémorrhagies se produisent soit au niveau des déchirures de la muqueuse vulvaire, soit dans la profondeur d'une rupture périnéale. La compression suffira le plus souvent pour arrêter le sang au niveau des plaies vulvaires ; mais dans quelques cas (hémophilie), le sang continuera à couler, et alors la pratique la plus efficace consistera à rapprocher, à serrer l'une contre l'autre les surfaces saignantes. Nul besoin de suture, pour ces petites plaies vulvaires, quelques serres-fines bien et solidement placées suffiront largement. Ce moyen m'a parfaitement réussi dans deux cas où l'hémorrhagie se reproduisait chaque fois qu'on cessait la compression.

Si l'hémorrhagie a pour siège une déchirure périnéale, nous ne nous attarderons pas au tamponnement, à la compression dans cette déchirure, bien qu'on puisse ainsi

arrêter l'hémorrhagie (Montfort). Il y a mieux à faire, c'est de recourir à la restauration immédiate du périnée, si bien défendue et si bien décrite dans ce journal par mon ami Wallich, et d'autant plus indiquée en ce cas qu'elle assurera l'hémostase. Il est inutile de dire qu'au cas où une artère de quelque importance aurait été lésée et donnerait du sang, une ligature au catgut serait faite avant toute suture de la région.

Hémorrhagies vaginales. — Si l'artère divisée se trouve dans la partie inférieure du conduit vaginal, s'il est facile de l'atteindre la ligature sera le procédé de choix; mais lorsque la plaie artérielle se trouve située très haut dans la partie supérieure du vagin, il n'est pas précisément commode d'aller y porter une ligature, sans un outillage complet et de bons aides, ce qui fait souvent défaut dans la pratique obstétricale. Aussi vaut-il mieux, dans ces cas difficiles, avoir recours au tamponnement vaginal, qui, fait avec soin, donne d'excellents résultats. C'est également à cette méthode qu'on aura recours dans les cas d'hémorrhagies d'origine veineuse ou capillaire (hémophilie). J'y reviendrai tout à l'heure.

Hémorrhagies au niveau du col utérin. — Ces hémorrhagies sont surtout artérielles. La ligature est, comme je l'ai dit plus haut, presque impraticable dans les conditions habituelles de la pratique obstétricale. La suture de la déchirure du col, qui a été conseillée, serait excellente si elle ne demandait un outillage compliqué (valves, pinces de Museux, longues aiguilles), si elle n'exigeait des manœuvres qui ne sont pas sans inconvénients (abaisse-

ment de l'utérus). Aussi, dans ce cas encore, vaudrait-il mieux recourir à un tamponnement bien fait qu'à toute autre méthode. C'est à l'heure actuelle l'opinion unanime des accoucheurs.

Ainsi, à part quelques rares exceptions, toute hémorrhagie provenant du vagin ou du col utérin, qu'elle soit d'origine artérielle, veineuse ou capillaire, sera combattue par le même moyen : le tamponnement vaginal.

Comment allons-nous faire ce tamponnement ?

Il ne s'agit plus ici de l'antique tampon infectant confectionné avec de la charpie, ni même du tampon dur comme un mur dont les pierres sont représentées par des bourdonnets de coton aseptique. Ces deux tampons sont difficiles à exécuter, longs, compliqués, douloureux. Nous pouvons faire mieux et plus simplement.

Pour cela nous nous adresserons à la gaze iodoformée, corps antiseptique, souple, et par conséquent d'un maniement facile, qui exercera sur les points avec lesquels il sera en contact, une compression plus douce.

Le manuel opératoire est peu compliqué. Une injection antiseptique, aidée par l'introduction d'un doigt, débarrassera le vagin des caillots qui l'encombrent. Rappelons-nous que si le tampon doit être fait de gaze iodoformée, nous devons nous abstenir d'employer en injection une solution de bichlorure de mercure, qui a l'inconvénient de former avec l'iodoforme un iodo-chlorure de mercure caustique (Ch. Audry).

Il faut au préalable s'assurer que l'utérus est bien contracté, car jamais le tampon vaginal ne doit être appliqué dans le cas

où l'inertie utérine pourrait être à redouter. Alors, deux doigts de la main gauche étant placés dans le col, une longue pince tenue de la main droite saisit l'extrémité d'une bande de gaze et la porte jusque dans l'orifice cervical. Là elle est enfoncée, et retenue par les deux doigts, pendant que la pince retirée va saisir au dehors une nouvelle portion de la bande, la porter aux doigts vaginaux. Ceux-ci, pendant ce temps, travaillent du mieux qu'ils peuvent. Ils comblent la cavité cervicale, puis les culs-de-sac vaginaux, maintenant doucement la compression, et se retirant à mesure que le travail avance. En quelques minutes tout est terminé, le tamponnement est effectué. Il ne faut pas s'étonner outre mesure de voir, au bout d'un quart d'heure ou vingt minutes, la gaze se colorer au niveau de la vulve. Les premières parties du tampon sont toujours imprégnées abondamment de sang qui filtre peu à peu à travers les parties inférieures. Mais alors, le liquide qui arrive à la vulve est rose pâle, non pas d'un rouge vif. C'est de la sérosité sanguinolente et non véritablement du sang. Il ne faut donc pas en conclure à l'inefficacité du tampon.

Le tampon sera retiré au bout de douze heures environ, sans crainte de voir se renouveler l'hémorrhagie. Il suffit de saisir l'extrémité de la bande de gaze laissée au dehors, et de tirer doucement sur cette bande, de façon à l'amener peu à peu tout entière au dehors. Aucun lavage vaginal ne sera fait après l'extraction du tampon. Si l'accoucheur a été propre, le tamponnement a été antiseptique, et il n'est pas utile de faire davantage. Une injection vaginale

aurait en outre l'inconvénient de détacher de petits caillots obturant les orifices vasculaires, et d'amener ainsi peut-être une nouvelle hémorrhagie.

Tout accoucheur doit avoir, dans sa trousse, un rouleau de gaze iodoformée; mais au cas où cette préparation ferait défaut, *on pourrait utiliser de la gaze ordinaire, après l'avoir fait bouillir*, de façon à la débarrasser de son apprêt, et surtout pour la rendre aseptique.

Hémorrhagies par inertie utérine. — Nous nous sommes occupé jusqu'ici des hémorrhagies les moins graves, de celles qui menacent le moins rapidement l'existence.

Il nous reste à examiner le traitement des hémorrhagies par inertie utérine; mais, alors que nous avons, pour le diagnostic, scindé en deux parties l'étude de ces hémorrhagies — perte externe —, perte interne; nous les confondrons au point de vue de la thérapeutique. Que l'hémorrhagie soit interne ou externe, le traitement doit être le même.

Et d'abord, quelques mots sur le traitement prophylactique. Nous n'en sommes plus depuis longtemps à vouloir, dès le cours de la grossesse, prendre des précautions contre les hémorrhagies post-partum possibles. Nos ancêtres avaient dans ce but facilement recours à *la saignée*, et Mauriceau conseille aux femmes « de se faire saigner au moins deux ou trois fois dans le temps de leur grossesse et même dans le commencement de leur travail afin que, la plénitude des vaisseaux ayant été un peu diminuée, ce sang ne se porte pas en si grande abondance vers la matrice, et elles doivent aussi éviter tout ce qui les peut trop échauffer quand elles sont en plein travail ».

Il est vrai que la saignée ne réussissait pas toujours et que Levret, bien qu'ayant tiré en peu d'heures, à une de ses malades, quinze ou seize poêlettes de sang, trois semaines avant son accouchement, faillit la voir mourir à la suite d'une hémorrhagie post-partum (Levret. Accouchements laborieux, 1770).

Mme Lachapelle commence cependant à protester contre l'abus des émissions sanguines : « Maintes fois j'ai vu des pertes survenir chez des femmes qu'on avait abondamment saignées pendant leur grossesse et bien plus souvent encore j'ai vu accoucher sans accident celles qui n'avaient point pris une précaution semblable. » Cependant, elle n'ose pas encore rejeter complètement cette méthode prétendue prophylactique, et elle ajoute : « Il est cependant indubitable que l'omission de la saignée dans les cas de pléthore réelle et surtout dans les derniers mois de la grossesse peut, en conservant cet état pléthorique, disposer au molimen hémorrhagique... On ne devrait point négliger cette considération chez une femme qui, dans ses couches précédentes, aurait éprouvé cet accident toujours redoutable. »

Saigner une femme pour la soustraire aux dangers de l'hémorrhagie post-partum, c'est l'anémier de parti pris, et la mettre à la merci d'une perte sanguine qui, en tout autre cas, n'eût pas constitué un véritable danger.

En réalité, nous devons nous borner à suivre l'accouchement pas à pas, à intervenir à temps pour le terminer, si le muscle utérin paraît incapable de le mener à bien sans se fatiguer outre mesure. Puis, au moment de la déli-

vrance, ayons avant tout de la patience. Ne nous hâtons pas de tirer à l'aveuglette sur le cordon, ou de vouloir chasser les annexes au dehors par l'expression utérine. Laissons les contractions utérines s'établir régulièrement, décoller elles-mêmes le placenta, le chasser en grande partie dans le vagin, et sachons n'intervenir qu'au moment où, par le toucher vaginal, nous atteindrons le point d'insertion du cordon sur le placenta. Si nous restons dans ces sages limites, si nous attendons environ une demi-heure pour faciliter la délivrance (Pinard), nous aurons fait tout ce qu'il est possible de faire pour éviter l'inertie utérine et ses conséquences.

C'est dire que nous devons rejeter d'une façon absolue l'emploi préventif du *seigle ergoté*, plus dangereux que jamais lorsqu'il est administré avant que la délivrance soit terminée. J'aurai d'ailleurs, plus loin, l'occasion de revenir sur ce point.

Comme je l'ai dit déjà, le traitement de l'hémorrhagie par inertie utérine ne varie pas, qu'elle soit interne ou externe. Cette première variété coïncide le plus souvent avec la délivrance et ne se produit guère après l'expulsion du placenta. Cependant, quand elle existe, il y a lieu d'avoir recours, avant tout autre traitement, à l'extraction des caillots retenus dans l'utérus, et on pourra utiliser dans ce but soit l'expression utérine, soit l'introduction de la main dans la cavité utérine, manœuvre excellente pour exciter la contraction de l'organe, mais qui ne sera inoffensive que si l'antisepsie a été scrupuleusement effectuée.

Et maintenant, qu'allons-nous faire? Nous laisserons de côté, cela va de soi, les excitations portées sur les organes génitaux dans le but d'amener les contractions réflexes de l'utérus : titillations du col utérin (Levret), les tractions des poils du pénil (Latourette), les applications de compresses froides sur les organes génitaux externes, les succions du mamelon (Marshall-Hall, Rigby), tous moyens infidèles, et en tout cas sans action rapide sur l'utérus.

Aurons-nous recours davantage à certaines excitations directes du muscle utérin, l'électricité par exemple? Pas davantage. La faradisation a bien donné quelques succès à Radfort, à Tripier, à Tanguy; mais son emploi ne s'est pas généralisé. Ce n'est en effet qu'un procédé d'excitation aussi puissant et beaucoup moins facile à exécuter que bien d'autres. Mieux vaut s'adresser ailleurs.

Alors emploierons-nous les médicaments variés qui ont été conseillés pour faire contracter l'utérus? Pas davantage. Je ne m'arrêterai pas à faire le procès de certains d'entre eux : la teinture d'opium, chère à certains accoucheurs anglais et américains, et qui me semble devoir favoriser l'inertie utérine au lieu de la combattre, la digitale, l'ipécacuanha, le colchique, l'extrait de ratanhia, la pilocarpine laissée maintenant de côté par tous les accoucheurs.

Tout au plus parlerai-je de l'emploi du sulfate de quinine, qui, ingéré à la dose de 75 centigr. à 1 gr., a paru donner quelques succès dans les cas d'hémorrhagie par

inertie utérine liée à l'impaludisme (Ch. Liégeois-Abelin), mais dont l'action doit être restreinte à ce cas particulier.

Il ne nous reste plus qu'un médicament à employer (je devrais dire à ne pas employer), c'est l'*ergot de seigle*, qui, après avoir été considéré pendant longtemps comme un remède héroïque et presque parfait, tombe en ce moment dans un discrédit aussi profond que mérité.

Employé depuis deux cents ans (Camerarius, 1688), l'ergot de seigle a eu une fortune assez accidentée, jusqu'aux mémoires de Villeneuve (1828) et de Payan (1841) qui lui ont fait prendre dans la thérapeutique obstétricale une place importante.

P. Dubois l'a beaucoup employé, de la façon suivante : « Il est bon de donner à la femme deux grammes d'ergot de seigle un peu avant la sortie probable de l'enfant, de manière que son action se fasse sentir sur l'utérus dès qu'il sera vidé. Puis, si l'hémorrhagie se produisait, on aurait recours aux titillations du col, aux compresses froides sur le ventre, aux réfrigérants à l'intérieur, pour revenir à l'ergot. »

Gouget (th. Paris 1855) s'écriait avec enthousisme : « Nul moyen, nulle substance ne peut lui ravir le droit de mettre un terme à l'hémorrhagie, et la compression de l'aorte qui a sauvé la vie à tant de femmes n'est ordinairement efficace que parce qu'elle lui donne le temps d'agir. »

Peu à peu, la décadence s'est produite, et on peut dire que tous les accoucheurs ont abandonné ce médicament, source de grands dangers, reconnus d'ailleurs même par ses très rares partisans.

L'ergot, en effet, ne produit pas des contractions utérines franchement intermittentes comme les contractions normales. Il se produit après l'ingestion de ce médicament une véritable contracture, une tétanisation de l'utérus, et c'est cette modification du type normal des contractions utérines, qui constitue le principal inconvénient de l'ergot.

C'est cette tétanisation qui est la cause de la rétention de tout corps étranger alors contenu dans l'utérus, qu'il s'agisse du placenta, de débris de membranes ou de caillots, et cette rétention constitue la condition la plus favorable à la production des hémorrhagies secondaires et au développement de l'infection puerpérale.

D'où la règle absolue de n'administrer l'ergot que lorsque l'utérus est absolument vide (Pajot).

Mais comment savoir si l'utérus ne renferme pas quelque caillot plus ou moins volumineux? Comment par conséquent être fixé sur la contre-indication principale de l'administration du seigle ergoté ?

D'ailleurs, cet agent dangereux, de l'aveu même de ses très rares défenseurs, possède-t-il au moins une efficacité réelle? Non, car il agit trop lentement, et il faut dix minutes ou un quart d'heure pour que son action se fasse sentir. Je laisse la parole à un de ses partisans : « Si l'hémorrhagie continue après la délivrance, on devra recourir au seigle ergoté; *bien entendu que cette hémorrhagie n'aura pas de caractères alarmants, car si l'on se bornait en pareille circonstance à attendre que le médicament eût le temps d'agir, la femme expirerait infailliblement* » (Gouget).

Après cela, je n'ai plus rien à dire. Médicament infidèle, et dangereux quand il est fidèle, **l'ergot de seigle doit être rejeté**.

Comme, outre tous ces défauts, l'ergot avait encore l'inconvénient, administré par la voie buccale, de provoquer des vomissements, on en a administré le principe actif par la voie hypodermique sous forme de solution d'ergotine (extrait d'ergot) ou d'ergotinine (alcaloïde). L'action du médicament est plus rapide, plus puissante; mais les dangers importants restent les mêmes, et la seule concession que je puisse faire à l'emploi de ce médicament, c'est le cas de nécessité absolue, et d'échec de tous les autres moyens thérapeutiques. La concession est mince, d'ailleurs, car nous avons d'autres moyens plus puissants, plus efficaces, et je dois dire que, dans ma pratique personnelle, je n'ai jamais eu à employer aucune préparation d'ergot (1).

Il y a d'ailleurs d'autres excitants de la contraction utérine, et, parmi ceux-ci, je dois ranger, pour les rejeter également, les topiques variés qu'on a injectés dans l'utérus avec la prétention de coaguler le sang dans les vaisseaux, et qui, en réalité, agissent surtout en faisant contracter l'utérus.

Au premier rang de ces topiques, se range *le perchlorure de fer* (Barnes). C'est surtout à l'action coagulante de ce médicament que Barnes attribuait son efficacité : « L'hémorrhagie s'arrêtera, disait-il, si vous pouvez obli-

(1) L'ergot de blé, l'ergot d'avoine ont été également préconisés ; mais leur action est absolument identique à celle de l'ergot de seigle. Ils ne méritent donc pas plus de confiance.

térer l'orifice des vaisseaux par des caillots. J'affirme qu'il en est ainsi, car j'ai vu des cas dans lesquels l'hémorrhagie s'est arrêtée, bien que l'utérus restât volumineux et non contracté. »

C'est justement cette action coagulante du perchlorure de fer, qui constitue le danger dans l'emploi de cet agent : rétention de caillots adhérents à la paroi utérine, thrombose veineuse, embolie pulmonaire, phlegmatia alba dolens, infection purulente : voilà les accidents rapportés, après l'emploi de ce procédé, par Snow-Beck, Matth. Duncan, Lusk. En un mot, un an après la publication de Barnes, on comptait 45 cas d'emploi du perchlorure de fer. L'hémorrhagie n'avait pas toujours été arrêtée ; mais en revanche, il y avait 11 décès, c'est-à-dire une proportion de 25 p. 100 de mortalité. Je suis pur, pour ma part, de tout emploi du perchlorure de fer, mais je tiens d'une sage-femme fort intelligente et très instruite une observation datant de 1888, et qui montre bien le principal inconvénient de cette méthode.

Observation

Jeune femme de 24 ans. Primipare. Accouchement à terme après un travail de vingt-huit heures. La délivrance est faite rapidement (la durée n'est pas fixée). Le placenta est complet ainsi que les membranes. Aussitôt après, expulsion d'un énorme caillot, suivie d'un jet de sang abondant. La femme pâlit, le pouls devient petit et rapide. L'utérus est mou et remonte au-dessus de l'ombilic. Frictions sur l'organe, irrigation pendant un quart d'heure avec de l'eau chaude (à quelle température?) phéniquée à 2 p. 100. Mais

l'eau continuant à sortir fortement teintée et l'utérus ne se rétractant pas, on fait une injection intra-utérine avec 15 grammes de perchlorure de fer pour un litre d'eau. L'utérus paraît se rétracter un peu ; au bout d'un quart d'heure, nouvelle injection semblable. L'hémorragie s'arrête.

Le lendemain l'utérus dépasse encore l'ombilic et reste douloureux. La température est à 38°. Une injection intra-utérine au bichlorure de mercure (1/4000) *ramène quantité de petits caillots noirs et odorants*. La température dépasse 38° le soir. Elle ne revient à la normale que le quatrième jour après l'accouchement.

Rétention de caillots, putréfaction, infection de l'accouchée, voilà le résultat de cette injection au perchlorure de fer pratiquée d'ailleurs avec une solution très diluée, 15 p. 1,000, tandis que Barnes employait une solution à 25 p. 100.

Le vinaigre a été autrefois très employé (Desgranges, Wallace, Cazeaux). On a eu recours à l'acide citrique; Everat portait avec la main dans l'utérus un citron décortiqué, et l'y exprimait.

L'eau de Pagliari a eu des partisans (Eugène Hubert), ainsi que la teinture d'iode diluée (Depierris, Forest, Erask).

Mais ce que j'ai dit du perchlorure de fer, je puis le répéter de ces agents. Leurs propriétés coagulantes sont un danger, ils agissent surtout comme excitants de la contraction utérine, et nous possédons des excitants d'une application plus simple, d'une efficacité plus réelle, et qui, heureusement, ne présentent pas les mêmes inconvénients.

Je ne m'arrête pas aux frictions sur l'utérus à travers la paroi abdominale, qui sont assurément insuffisantes hors les cas d'hémorrhagies insignifiantes. Je laisse également de côté l'introduction de la main dans la cavité utérine, moyen extrêmement puissant, mais dangereux, à cause des risques d'absorption de germes septiques, bien que, à la rigueur, dans un cas très urgent, et à défaut de tout autre moyen, il puisse être employé avec avantage.

C'est surtout l'action de la température sur le muscle utérin qui a été utilisée par les accoucheurs, et, dans tous les traités classiques, nous trouvons recommandés, jusque dans ces dernières années : les compresses imbibées d'eau froide sur la paroi abdominale, les injections vaginales et même intra-utérines d'eau froide et même l'abandon dans la cavité utérine de petits fragments de glace.

Cette méthode mérite-t-elle la confiance ? Non, car si le froid amène la contraction utérine, c'est d'une façon très passagère, et l'hémorrhagie a tendance à se reproduire dès qu'on en cesse l'application. Mme Lachapelle avait bien aperçu ce point faible de la méthode et elle avait fait observer que l'application trop prolongée du froid exposait les femmes à des réactions violentes et à des accidents inflammatoires. Elle avait, il est vrai, prêché dans le désert, puisque la méthode continua à être appliquée et que, en 1882, une thèse de Paris (de Vlaccos) la défendait encore.

Cependant, en 1853, la *Gazette des hôpitaux* signalait l'emploi dans le service de Trousseau des injections vagi-

nales d'**eau chaude** (aussi chaude que possible, disait le rédacteur) pour combattre une hémorrhagie à la suite d'un avortement. Il est vrai que, dans ce cas, Trousseau avait employé en même temps l'ergot de seigle à la dose de 4 grammes ; mais cependant, il avait appuyé l'emploi de l'eau chaude de considérations théoriques que l'auteur de la note rapporte en ces termes : « Si l'on trempe ses mains pendant quelques minutes, l'une dans l'eau à 40°, l'autre dans l'eau à 0°, et qu'on les retire au bout d'un certain temps, on pourra constater qu'elles ont subi une réaction en sens opposé ; celle plongée dans l'eau froide étant devenue chaude, le contraire ayant eu lieu pour celle qui a été plongée dans l'eau chaude. Il en est de même pour l'utérus, où l'hémorrhagie pourra être arrêtée pendant un court espace de temps par l'application du froid, mais reparaîtra bientôt sous l'influence d'une réaction favorable à sa reproduction. Par l'application du calorique, on favorise bien, il est vrai, momentanément la congestion hémorrhagique, mais au bout d'un certain temps cette excitation, en vertu de laquelle se produit l'hémorrhagie, diminue, et celle-ci cesse faute de mouvement fluxionnaire. » Le rédacteur anonyme de la gazette a-t-il rendu bien exactement les idées de Trousseau? Il est permis d'en douter devant cette théorie quelque peu embrouillée ; mais le fait n'en reste pas moins, et il est important.

A partir de ce moment, si l'eau chaude est employée largement par les gynécologistes américains et anglais, il n'en est plus question en obstétrique jusqu'en 1876. A ce moment, Egerman et Richter, après avoir vainement

combattu des hémorrhagies par les autres moyens, ont recours aux injections d'eau chaude à 39° ou 40° R. (50°C.) et réussissent parfaitement. En 1877, Runge, après des expériences sur les animaux, conclut également à l'action favorable de l'eau chaude. Après laparotomie, il avait pu constater chez des lapines que l'eau chaude amenait des contractions utérines énergiques, à condition que son action ne fût pas trop prolongée. Chaque auteur expliquait à sa façon l'action de la chaleur. Pour Richter, l'eau à 50° C. amenait un gonflement œdémateux des tissus périvasculaires, qui, comprimant les vaisseaux, amenait ainsi l'hémostase. Pour Runge, au contraire, c'était la contraction utérine qui agissait, et qui agissait seule.

En 1878 (*Lancet*, 9 février), Lombe-Atthill publiait 16 observations d'hémorrhagies par inertie utérine traitées avec succès par les injections d'eau chaude. Voici une de ces observations, très nette, très précise, et qui montre bien l'efficacité de la méthode.

Observation (Lombe-Atthill).

Cas n° 10. — Femme délicate, anémiée, phtisique. A eu six avortements avant son premier enfant vivant.

Grande perte de sang avant la délivrance, inondant le lit, et réduisant le pouls à un fil. On expulse enfin le placenta et les caillots qui remplissaient l'utérus. *La pression sur le ventre et l'ergot n'arrêtèrent pas l'hémorrhagie ; une injection d'eau froide produit une légère contraction de peu de durée.*

Enfin, irrigation abondante d'eau chaude dans l'utérus ; une solide contraction se produit ; des caillots sont expulsés, et l'hémorrhagie s'arrête. *La vie de cette femme était certainement en danger immédiat.*

Je pourrais certainement encombrer cet article d'observations semblables. L'**eau chaude** a fait son chemin depuis que, en 1880, Munthe faisait connaître en France les travaux d'Egermann, de Richter, de Runge, en oubliant les observations de Lombe-Atthill. Actuellement, **c'est le procédé de choix à employer**, et tous les accoucheurs ont pu le mettre en usage avec succès.

Voyons donc **comment la méthode doit être exécutée**. Les injections vaginales de liquide antiseptique à 50° peuvent suffire dans certains cas très légers, si on a soin d'enfoncer suffisamment la canule pour la mettre en contact avec le col. Mais, pour les hémorrhagies abondantes, c'est aux irrigations intra-utérines qu'il faut avoir recours.

L'eau doit être employée à la température de 50°, car le vase qui la contient, le tube, la sonde intra-utérine lui font toujours perdre 1° ou 2°. Les femmes supportent parfois assez péniblement cette température ; elles crient, s'agitent, protestent ; mais il faut savoir leur résister, et ne pas abaisser la température, car, au-dessous de 45°, l'action hémostatique n'existe plus. On pourra d'ailleurs, en graissant la commissure postérieure de la vulve et le périnée avec de la vaseline, isoler ces parties et les soustraire à l'action trop vive de la chaleur.

Je ne puis entrer ici dans tous les détails des précautions nécessaires pour pratiquer les injections intra-utérines.

Je dois simplement insister sur deux points : le réservoir contenant l'eau chaude ne devra pas être placé à plus de 40 à 50 centim. au-dessus du plan du lit, de façon à

éviter toute projection violente du liquide, qui favoriserait la pénétration dans les sinus utérins (Tarnier). Les solutions antiseptiques employées seront aussi peu concentrées que possible, les risques d'intoxication étant d'autant plus grands que l'hémorrhagie aura été plus considérable.

L'injection sera prolongée aussi longtemps que l'eau ressortira sensiblement teintée de sang, et que l'accoucheur, dont une main doit saisir le fond de l'utérus à travers la paroi abdominale, n'aura pas senti cet organe durcir et se contracter énergiquement.

Voilà le moyen efficace — la pratique l'a démontré — et simple ; on peut partout se procurer de l'eau chaude, que nous avons à notre disposition pour arrêter l'hémorrhagie par inertie utérine en remplissant admirablement l'indication causale : faire contracter l'utérus.

J'ajouterai que, en entraînant au dehors les débris de membranes, en effritant les caillots qui pourraient être contenus dans la cavité utérine, l'injection intra-utérine d'eau chaude est, en même temps qu'un hémostatique d'une grande puissance immédiate, un excellent prophylactique des hémorrhagies secondaires et de l'infection puerpérale que favorisent tous les moyens que nous avons examinés jusqu'ici.

Cependant, il se peut que, malgré les injections intra-utérines chaudes, l'hémorrhagie *tarde* à s'arrêter. Nous pouvons alors chercher à satisfaire à deux indications thérapeutiques :

Empêcher le sang d'arriver jusqu'à l'utérus par la *compression de l'aorte.*

Chercher à opposer à son écoulement un obstacle infranchissable au niveau des vaisseaux divisés, et, pour cela, pratiquer le tamponnement.

Que doit-on attendre de la compression de l'aorte? Baudelocque neveu, qui a introduit la méthode en France, Chailly-Honoré, Dezeimeris, Devilliers, Cazeaux ont chanté les louanges de la compression aortique. Jacquemier, au contraire, a fait à ce procédé une guerre acharnée, non sans quelque raison.

« Je suis tellement convaincu, dit-il, que la compression de l'aorte seule est un moyen illusoire de suspendre l'hémorrhagie utéro-placentaire, dangereux en lui-même en ce qu'il peut faire perdre un temps précieux, que j'assume avec confiance la responsabilité de faire naître des doutes, en attendant que la vérité soit acceptée. »

Pour ma part, je partage complètement l'opinion de Jacquemier. Il est de toute évidence que la compression de l'aorte portera toujours au-dessous des artères utéro-ovariennes, et par conséquent n'interrompra le cours du sang que dans une seule des deux artères qui fournissent l'utérus. Si la compression de l'aorte est d'ailleurs généralement facile, étant donné le relâchement des parois abdominales, elle peut cependant être impossible à exécuter chez certaines femmes grasses ou infiltrées. Aussi considérons-nous cette méthode comme un adjuvant utile, parce qu'elle permet d'employer d'autres moyens en leur laissant le temps d'agir, mais non comme un moyen réellement curatif.

N'est-ce point d'ailleurs pour cela que l'inventeur de la

méthode, Daniel-Ludwig Ruddinger (Tubingue), introduisait au préalable la main dans l'utérus, et comprimait l'aorte à travers la paroi postérieure de l'organe, et que Guillon (De Cozes) reprenait la même idée en 1842. Ce procédé avait l'avantage d'exciter la contraction utérine, et de répondre à la véritable indication.

Il me reste à examiner et à discuter la question du tamponnement.

Pour le tamponnement vaginal, pas d'hésitation. Préconisé par Leroux, puis par Baudelocque, par Mme Lachapelle, par Capuron, le tampon vaginal est maintenant complètement abandonné. Il n'arrête pas l'hémorrhagie, il la masque, et transforme en hémorrhagie interne une perte d'abord externe. Il est à la fois inefficace et dangereux.

Il n'en est pas de même du *tampon utéro-vaginal*, imaginé et appliqué pour la première fois par Leroux, et qui a été depuis quelques années employé et préconisé par Dührssen, Fraipont, Auvard, de Metsker, etc. Mai alors que ces auteurs ne sont pas loin de considérer le tampon utéro-vaginal comme une méthode de choix, je la regarde pour ma part comme plus compliquée, plus difficile à mettre en pratique que les injections intra-utérines à 50°, et par conséquent comme une méthode de nécessité.

Qu'on l'emploie lorsqu'on aura affaire à une femme affaiblie, épuisée, et lorsque les injections chaudes ne produisent pas assez rapidement leur effet, rien de plus légitime ; mais employer d'emblée, comme le veut Dührssen, le tampon utéro-vaginal, c'est aller un peu trop vite.

Il est un cas spécial, où le tampon me paraît devoir

donner et m'a donné d'excellents résultats. Je veux parler des hémorrhagies par inertie du segment inférieur succédant à une insertion vicieuse du placenta. Ici, il faut agir très rapidement, quand la femme a perdu déjà une grande quantité de sang au moment de l'accouchement et pendant la délivrance, et l'état du segment inférieur de l'utérus ne le dispose pas à réagir assez rapidement sous l'influence de l'eau chaude.

Alors, si l'hémorrhagie continue, ne perdez pas de temps. Ne vous embarrassez pas d'un appareil inutile de pinces à griffes et de valves. Introduisez la main gauche dans le segment inférieur, et, la main droite armée d'une longue pince, portez-y une bande de gaze iodoformée, que la main gauche va tasser. Lorsque le segment inférieur sera comblé, remplissez le vagin de la même façon. L'opération peut se faire en quelques minutes, sans nécessiter le déplacement de la femme, et par ce procédé, vous endiguerez certainement l'hémorrhagie, car non seulement vous opposerez une barrière au sang, mais encore vous provoquerez par le contact du tampon d'énergiques contractions utérines.

Ce procédé que j'ai employé deux fois m'a donné deux succès chez des femmes épuisées par des hémorrhagies antérieures et menacées de mort rapide. La seule objection qu'on puisse lui faire et qui lui ait été faite, c'est d'être une cause d'infection puerpérale. C'est là un mauvais argument. Un corps antiseptique, porté aseptiquement dans la cavité utérine, ne saurait être une cause d'infection.

Il n'en reste pas moins, malgré les avantages du tampon

utéro-vaginal et malgré son action puissante, qu'il doit céder le pas aux injections intra-utérines chaudes, et n'être employé que dans les cas graves réclamant une thérapeutique exceptionnellement active.

Mais arrêter l'hémorrhagie n'est pas tout. Lorsque cette hémorrhagie a été abondante, la femme qui l'a subie se trouve dans un état d'anémie aiguë qui demande à son tour un traitement et des soins particuliers.

Et tout d'abord il faut réagir contre un antique préjugé.

Lorsqu'une femme en état d'anémie aiguë présente, chose fréquente, quelques troubles respiratoires, la famille ne demande, même en hiver, qu'à ouvrir les fenêtres pour lui donner de l'air. C'est d'ailleurs un conseil que vous trouverez dans des traités classiques, et Mauriceau conseillait même de sortir ces femmes de leur lit, et de les coucher sur de la paille fraîche. Ce préjugé que le froid ranime les organismes affaiblis a probablement fait pas mal de victimes; n'ajoutons pas de nouveaux malheurs à un total qui doit être assez considérable.

De la chaleur, voilà ce qu'il faut aux femmes épuisées par les hémorrhagies. Couvrez-les, entourez-les de bouillottes chaudes, maintenez la température de leur chambre aux environs de 20°, et vous aurez fait d'excellente besogne.

A l'intérieur, peu de médicaments; mais usez largement de l'alcool sous toutes ses formes: eau-de-vie coupée d'eau, grogs chauds, ou mieux encore champagne glacé généralement mieux toléré. Mais surtout, que jamais les liquides ne soient donnés en grande abondance à la fois. Ces malades ont un estomac intolérant et une soif ardente.

Elles voudraient boire abondamment, et elles vomissent avec la plus grande facilité. Aussi leur donnera-t-on le champagne par cuillerées. Il suffira d'y revenir plus souvent.

S'il y a des tendances syncopales, ayez recours aux injections hypodermiques d'éther sulfurique ou de caféine, excellents toniques du cœur, qui vous permettront de gagner du temps, et d'accroître la force de résistance de votre malade.

Enfin, si la situation est trop menaçante, et après avoir eu recours au refoulement du sang des membres à l'aide de la bande élastique d'Esmarch (Talbot), vous pourrez songer à la transfusion du sang, bien difficile à faire dans la pratique privée, et que je me contente d'indiquer pour mémoire.

L'injection d'eau salée au 6/1000 ou de sérum artificiel dans le tissu cellulaire a donné dans quelques cas de bons résultats, et pourra toujours être tentée, vu son extrême facilité.

Enfin, par crainte d'une syncope mortelle, la malade devra être maintenue dans le décubitus dorsal, sans mouvement, *la tête basse.*

En agissant ainsi, on peut considérer que, hormis les cas foudroyants, une femme ne doit pas mourir d'hémorrhagie; mais il est pour cela deux conditions essentielles :

Le *diagnostic* doit être établi d'une façon précise, et le *traitement* doit être fait rapidement, méthodiquement, sans hésitation. La rapidité dans ces cas constitue la moitié du succès.

M. Oui.

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES

OBSTÉTRIQUE

De la délivrance dans l'avortement (suite et fin) 1, 33, 97.
Indications de la délivrance artificielle immédiate, putréfaction commençante, macération du fœtus, 1; observations, 2 à 5.
Délivrance artificielle au cours de la rétention, 6. — L'indication majeure est la septicité du contenu utérin que révèle l'élévation thermique, 7. — Traitement par les injections intra-utérines intermittentes, mauvais résultats, 7 à 10 ; observations 11, 12. — Traitement par les injections intra-utérines continues, mauvais résultats, 12 à 14.
Traitement par l'intervention manuelle combinée à l'irrigation continue, méthode d'élection, 33 à 37. — Les interventionnistes sans condition, leurs arguments, leur pratique, curettage instrumental, 38 à 43. — Les interventionnistes sous condition d'accidents produits par la rétention, intervention curative, 43 à 46. — Résultats obtenus en combinant les procédés des premiers aux indications des seconds, observations, 46 à 55.
Indication rare fournie par les hémorrhagies tardives, observations, 97 à 107.
Résumé des indications de la délivrance artificielle, 107.
Manuel opératoire de la délivrance artificielle, 108 à 118. — 1° Dans les cas où le col n'est pas immédiatement perméable, 108 à 114. — Avantage des petits ballons de Champetier, observations, 114 à 116. — 2° Dans les cas où le col est immédiatement perméable sous chloroforme, 116. — Le curettage digital, 117 à 118.

Du traitement immédiat des déchirures du perinée, 56, 95, 147.
Le traitement doit-il être immédiat ou secondaire ? discussion. Avantages de l'intervention immédiate par la suture, 56 à 62. — Inconvénients du traitement simple par rapprochement des cuisses ou application de serres-fines, 163. — Suture, matériel des sutures, 64 et 95.
Manuel opératoire, 96. — Rupture incomplète, superficielle, n'intéressant que la muqueuse vaginale au niveau de la fourchette et la peau du périnée sur une longueur variable, 96, 147, 148. — Rupture incomplète, profonde, intéressant, outre les téguments, le tissu cellulaire et les muscles du périnée, sur une étendue variable, mais surtout en profondeur, sans atteindre le sphincter de l'anus, 149 à 152. — Rupture complète intéressant le périnée, la cloison recto-vaginale et le sphincter de l'anus, 152 à 155.

Contribution à l'étude de la symphyséotomie; résultats obtenus à la clinique Baudelocque, du 4 février 1892 au 23 mars 1893, 65.
Résultats de 19 symphyséotomies, 65 à 68. — Tableau synoptique de Farabeuf montrant quel est pour les différents degrés de rétrécissement l'étendue de l'écartement provoqué nécessaire avant de tenter l'extraction, 68, 69, 70. — Nécessité de la section complète des moyens d'union des pubis, 71. — Refutation des objections faites à la symphyséotomie, 71 à 74. — Examen de conscience, 74 à 76. — Résultats comparés de l'ancienne méthode de traitement des viciations pelviennes et de la nouvelle, 76 à 77. — Conclusion, 77.

De l'application du forceps au détroit supérieur rétréci, en particulier dans ses rapports avec la symphyséotomie, 78.
La renaissance de la symphyséotomie dans ses rapports avec les procédés opératoires de la méthode classique, 78. — Résultats de la version dans les bassins rétrécis, 79. — Procès du forceps au détroit supérieur rétréci, 80 à 87. — Statistiques, 84 à 90. — Il faut abandonner le forceps au détroit supérieur rétréci, à moins de symphyséotomie préalable, 90. — Nécessité de la section complète du ligament sous-pubien et de l'écartement préalable calculé des pubis, 93. — Conclusion, 94.

La symphyséotomie est-elle une opération à la portée du praticien ? 257.
Opinion de Pinard, 257. — Nos conclusions sur les prétendus dangers de la symphyséotomie antiseptiquement pratiquée sur des femmes non infectées, 258 à 260. — Observation du Dr Bourdeau d'Antony, 260 à 272. — Observation du Dr Pruvost (de Raismes), 273, 274.

De l'accouchement gémellaire, 129, 161.
Dangers de l'expectation recommandée par les classiques, pour le second accouchement, observations, 129 à 133. — Origines du préjugé classique, 134 à 136. — Statistique de 164 accouchements gémellaires, durée moyenne de l'accouchement pour le premier jumeau sensiblement la même que pour l'accouchement simple, 137. — Conduite à tenir pendant ce premier accouchement dans les différentes présentations, complications, 138 à 141.
Ce qu'il faut faire immédiatement après la naissance du premier jumeau, 141. — Erreurs de diagnostic, leurs causes, 141 à 143. — Fréquence des présentations vicieuses du second jumeau, des procidences, 143, 144.
Ligature du cordon du premier jumeau, 144, 145.
Que convient-il de faire quand le second jumeau présente le siège ? 146.
De l'accouchement du deuxième jumeau, 161 à 176. — Opinions des anciens, 162 à 169. — Dangers de la conduite classique, 170. — Rareté de l'inertie utérine, 171. — Durée moyenne de l'accouchement du deuxième jumeau lorsqu'on rompt les membranes aussitôt après la naissance du premier, 172 à 175. — Conclusions pratiques, 175.
Délivrance dans l'accouchement gémellaire, 176 à 179. — Disposition habituelle de l'arrière-faix, 176. — Durée de la délivrance, 178. — Comment il faut aider la délivrance spontanée, 178, 179.

Les présentations du fœtus et leur diagnostic pendant la grossesse, 180, 225.
La loi de l'accommodation, 180. — Les présentations, 180 à 186. — Les positions, 186 à 191. — Résumé, 191, 192. — Nécessité de la transformation des présentations du siège et de l'épaule en présentation du sommet, 225 à 227.
Diagnostic des présentations, 227 à 241. — Toucher vaginal et auscultation, 227 à 229. — Supériorité du palper abdominal, 229. — Méthode de Pinard, 229. — Manuel opératoire du palper, 230 à 232.
Diagnostic des présentations longitudinales, 232 à 237. — Des présentations transversales, 237 à 239. — Contrôle par l'auscultation, 239. — Les foyers d'auscultation, 240, 241.
Conclusions pratiques, 241 à 244.

Manuel opératoire de la version par manœuvres externes dans la présentation du siège, 245.
Premier temps, mobilisation du fœtus, 245. — Deuxième temps, mutation, 246. — Difficultés de la version, 247 à 249.

Pronostic et traitement de la présentation de la face, 289.
Préjugés classiques, auteurs responsables, 289 à 294. — Louise Bourgeois et Portal contre Mauriceau, de la Motte, Smellie, Baudelocque, 289 à 294.

— Influence des Maternités ouvertes sur les progrès de l'obstétrique, 294. — L'École de Vienne, Zeller, L.-J. Bœr et la présentation de la face, 295 à 298. — Opinion et statistiques de Mme Lachapelle, qui s'est encore en partie laissée entraîner au préjugé général, 298 à 302. — Les modernes et la reviviscence de ce préjugé, 302 à 305.

Statistique des accouchements par la face observés en 10 ans dans le service de Pinard, montrant la justesse des vues de l'Ecole de Vienne, 305 à 307

Diagnostic et traitement des hémorrhagies après la délivrance, 343.

Un diagnostic précis de la source de l'hémorrhagie est la condition sine quâ non de tout traitement rationnel, 343 à 345. — Importance de l'état général, 345. — Hémorrhagie externe, 346 à 351 — par inertie utérine, 347 — par plaie vulvaire 347 — par plaie cervicale, 348 — par plaie vaginale, 349 — par inertie du segment inférieur dans les cas d'insertion vicieuse du placenta, 351.

Hémorrhagie interne ou mixte, 351 à 353.

Traitement, 353.

Hémorrhagie vulvaire ou périnéale, 354 à 356. — Hémorrhagie cervico-vaginale, 356. — Tamponnement à la gaze iodoformée, 357 à 359. — Hémorrhagies par inertie utérine, 359 à 377. — Le meilleur traitement prophylactique, c'est de bien faire la délivrance, 361. — Discussion thérapeutique, 362, 363. — Condamnation du seigle ergoté et de ses dérivés, 363 à 365. — Rejet du perchlorure de fer, 365. — Les injections chaudes intra-utérines constituent le meilleur traitement des hémorrhagies par inertie, 368 à 372. — Compression de l'aorte, 373, 374. — Tamponnement utéro-vaginal à la gaze iodoformée, 374 à 376. — Traitement général, 376, 377.

PÆDIATRIE

TRAITEMENT DES NÉPHRITES AIGUES, 14.

L'ALBUMINURIE CHEZ LES ENFANTS, 20.

LES BAINS FROIDS DANS LA BRONCHO-PNEUMONIE, 27.

TRAITEMENT DES ADÉNOPATHIES TRACHÉO-BRONCHIQUES, 31.

PATHOGÉNIE, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES ANÉMIES DE LA PREMIÈRE ENFANCE, 118.

TRAITEMENT DES BRONCHITES CHRONIQUES, 155.

PATHOGÉNIE, FORMES CLINIQUES ET TRAITEMENT DES BRONCHO-PNEUMONIES, 193.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DANS TOUTE FIÈVRE, 206.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ET PATHOGÉNIE DES FIÈVRES INTERMITTENTES NON PALUSTRES, 212.

TRAITEMENT DE L'HYPERTROPHIE DES AMYGDALES, 417.

TRAITEMENT DES ANKYLOSES, 220.

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT DU CARREAU (ADÉNOPATHIE MÉSENTÉRIQUE TUBERCULEUSE), 249.

TRAITEMENT DE LA CHLOROSE, 252.

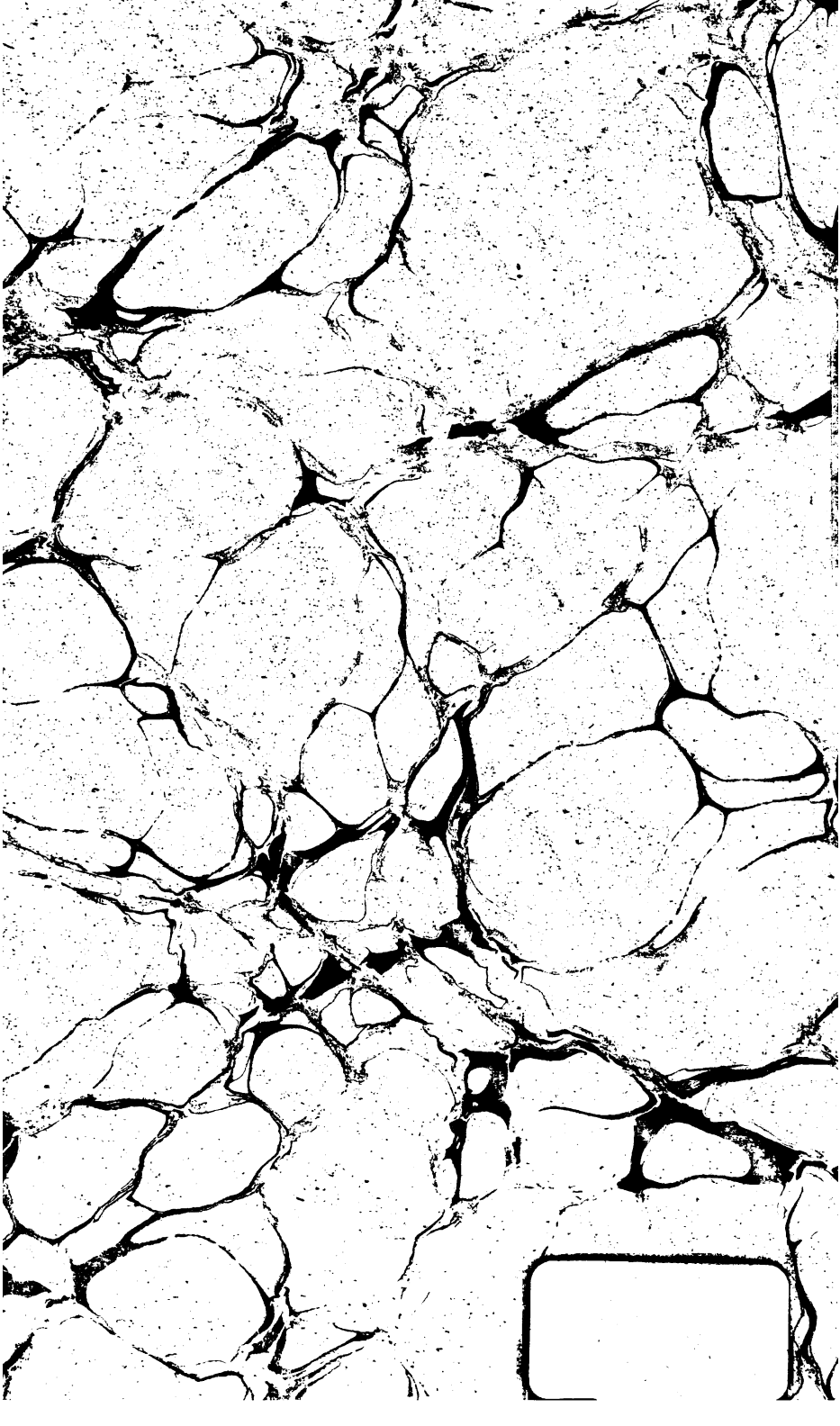
TRAITEMENT DE LA DIPHTÉRIE (ANGINE), 275.

CROUP, BRONCHITE ET BRONCHO-PNEUMONIE, CORYZA DIPHTÉRIQUES, 308.

TRAITEMENT DE QUELQUES MALADIES DE LA PEAU (ÉRYTHÈMES, ECZÉMA, IMPÉTIGO), 321.

TRAITEMENT DE QUELQUES NÉVROSES (HYPOCHONDRIE, ÉPILEPSIE, HYSTÉRIE, MANIE, MIGRAINE), 332.

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

41C
848